

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A AUTO-PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO E O  
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

**Ana Filipa Romão Fernandes**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica  
Dinâmica)**

**2014**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A AUTO-PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO E O  
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

**Ana Filipa Romão Fernandes**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica  
Dinâmica)**

**2014**

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, orientadora deste trabalho, pelo apoio, disponibilidade, compreensão e ajuda em tudo o que lhe solicitei, sem o qual este trabalho não poderia ser realizado.

À Universidade Sénior de Loures e a todos os participantes do estudo que se mostraram tão disponíveis para colaborar na realização deste trabalho.

Aos meus pais, a quem devo a oportunidade desta caminhada, pelo apoio incondicional e incentivo. Obrigada por acreditarem nas minhas capacidades e potencial e terem tornado possível este meu sonho.

Ao meu irmão, pelo apoio, motivação e pelos desabafos. Obrigada por estares sempre ao meu lado e me aceites de todas as formas. Sem ti não seria o que sou hoje.

À Rachel por estar presente nos bons e nos maus momentos, pela compreensão e paciência durante este processo. Obrigada pelo que me fizeste rir e sorrir mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Fábio e à Nádia pela autêntica amizade, vocês são a minha família do coração. Obrigada por estarem sempre presentes nas dificuldades mas também nas alegrias e vitórias.

A todos os amigos que se disponibilizaram para pedir a colaboração de um familiar.

Às educadoras, técnicas e auxiliares da Associação Dr. João dos Santos pela valiosa disponibilidade e colaboração e por acreditarem em mim ao fim destes anos.

*“We wish to make our lives simple, certain and smooth - and for that reason problems are tabu. We choose to have certainties and no doubts - results and no experiments - without even seeing that certainties can arise only through doubt, and results through experiment.”*

*(Carl Gustav Jung)*

## **Resumo**

O presente trabalho foca-se no estudo da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico, numa amostra de adultos da meia-idade e adultos mais velhos, oriundos da comunidade. Tem como objetivos: (1) analisar a auto-perceção e o bem-estar psicológico na amostra; (2) analisar as diferenças na auto-perceção do envelhecimento e no bem-estar psicológico em função de grupos de idade; (3) avaliar a influência de variáveis sociodemográficas na auto-perceção do envelhecimento e no bem-estar psicológico e (4) explorar a relação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico. Foram utilizados 3 instrumentos: Questionário de Perceções do Envelhecimento – QPE (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey & Conroy, 2007), traduzido e adaptado em Portugal por Claudino (2007); Escalas de Bem-estar Psicológico (Ryff, 1989b), traduzido e adaptado por Novo, Duarte-Silva e Peralta (1997) e um Questionário Sociodemográfico, construído para recolha de dados sociodemográficos e psicossociais. Participaram neste estudo 35 indivíduos, masculinos e femininos, com idades compreendidas entre os 41 e os 83 anos. Os resultados permitem verificar que: (1) os participantes apresentaram uma perspetiva positiva de envelhecimento pessoal e um senso positivo de bem-estar psicológico; (2) os adultos mais velhos apresentaram um maior número e diversidade de queixas na saúde; (3) nos adultos da meia-idade parece haver um maior desenvolvimento contínuo e uma maior abertura a experiências novas; (4) algumas variáveis sociodemográficas refletem diferenças significativas quanto à perceção do envelhecimento e ao nível de bem-estar psicológico; (5) a auto-perceção do envelhecimento associa-se ao bem-estar psicológico. Os resultados são discutidos com base na literatura existente. São referidas as limitações do estudo e as propostas para futuras investigações.

Palavras-chaves: Auto-perceção do envelhecimento; Bem-estar psicológico; Idosos; Meia-idade

## **Abstract**

The present research focuses on the study of the relation between self-perceptions of aging and psychological well-being in a sample of middle age adults and older adults from the community. The aims of this study are: (1) to analyze the self-perception and psychological well-being in the sample; (2) to analyze the differences in self-perceptions of aging and psychological well-being according to two age groups; (3) to assess the influence of socio-demographic variables on self-perceptions of aging and psychological well-being and (4) to explore the association between self-perception of aging and psychological well-being. Three instruments were used: Aging Perceptions Questionnaire – APQ (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey & Conroy, 2007), translated and adapted in Portugal by Claudino (2007); Scales of Psychological Well-Being (Ryff, 1989b), translated and adapted in Portugal by Novo, Duarte-Silva and Peralta (1997) and a Socio-demographic questionnaire to gather socio-demographic and psychosocial data. Thirty-five (35) subjects participated in this study, male and female, aged between 41 and 83 years. Results revealed that (1) participants had a positive self-perceptions of aging and a positive sense of psychological well-being; (2) older adults showed a greater number and diversity of health complaints; (3) middle age adults tend to have a greater feeling of continued development and a greater openness to new experiences; (4) some socio-demographic variables show significant differences in what concerns the perception of aging and psychological well-being and (5) the psychological well-being is associated with self-perceptions of aging. Results are discussed in the light of the existing literature. Study limitations and suggestions for further investigations are presented.

**Key-words:** Self-perception of Aging; Psychological Well-Being; Elderly; Midlife

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Contextualização Teórica.....</b>	<b>4</b>
1.1. O Envelhecimento.....	4
1.1.1. Envelhecimento e Meia-idade .....	5
1.1.2. Envelhecimento Ativo .....	6
1.1.3. Envelhecimento Ativo e Bem-Estar .....	7
1.1.4. Envelhecimento Ativo e a Quarta-idade.....	8
1.2. Perceção do Envelhecimento .....	9
1.2.1. Influência dos Estereótipos na Perceção do Envelhecimento .....	11
1.3. Bem-Estar Psicológico.....	13
1.3.1. Fundamentos teóricos das dimensões de Bem-estar Psicológico.....	15
1.3.2. Dimensões do Bem-estar Psicológico .....	18
1.3.3. Correlatos do Bem-estar Psicológico .....	21
<b>Capítulo 2. Objetivos e Hipóteses do Estudo .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo 3. Metodologia .....</b>	<b>26</b>
3.1. Participantes.....	26
3.2. Instrumentos.....	27
3.2.1. Questionário Sociodemográfico .....	27
3.2.2. Questionário de Perceções do Envelhecimento (QPE) .....	27
3.2.3. Escalas de Bem-estar Psicológico de C. Ryff .....	29
3.3. Procedimento .....	30
3.4. Procedimento Estatístico.....	31
<b>Capítulo 4. Resultados.....</b>	<b>32</b>
4.1. Caracterização da auto-perceção na amostra total .....	32
4.1.1. Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade ...	32

4.1.2. Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função do género .	34
4.1.3. Caracterização das mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento.....	35
4.1.4. Caracterização das mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento em função da idade .....	36
4.1.5. Caracterização das mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento em função do género .....	39
4.2. Caracterização do bem-estar psicológico na amostra total .....	40
4.2.1. Caracterização do bem-estar psicológico em função da idade.....	41
4.2.2. Caracterização do bem-estar psicológico em função do género .....	42
4.3. Resultados Correlacionais.....	43
4.3.1. Resultados correlacionais da auto-perceção do envelhecimento em função da escolaridade, situação económica atual, e estado de saúde atual .....	43
4.3.2. Resultados correlacionais do bem-estar psicológico em função da escolaridade, situação económica atual, e estado de saúde atual .....	44
4.3.3. Análise da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico .....	45
4.4. Análise das sub-escalas da auto-perceção do envelhecimento e as dimensões do bem-estar psicológico em função das variáveis sociodemográficas.....	46
<b>Capítulo 5. Discussão dos Resultados .....</b>	<b>49</b>
5.1. Caracterização das perceções do envelhecimento na amostra total.....	49
5.1.1. Caracterização das perceções do envelhecimento em função da idade e do género... ..	51
5.2. Caracterização do bem-estar psicológico na amostra total .....	51
5.2.1. Caracterização do bem-estar psicológico em função da idade e género .....	52
5.3. Correlações entre a auto-perceção do envelhecimento e a variáveis escolaridade, situação económica atual e o estado de saúde atual.....	53
5.4. Correlações entre o bem-estar psicológico e as variáveis escolaridade, situação económica atual e o estado de saúde atual .....	54



5.5. Correlações entre a auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico.....	55
<b>Conclusão .....</b>	<b>57</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>66</b>

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra (frequências e percentagens)	
.....	<b>26</b>
<b>Quadro 2</b> – Caracterização da auto-perceção do envelhecimento na amostra total	<b>32</b>
<b>Quadro 3</b> – Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade.	
.....	<b>33</b>
<b>Quadro 4</b> – Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função do género	
.....	<b>34</b>
<b>Quadro 5</b> – Experiência de mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento	
.....	<b>36</b>
<b>Quadro 6</b> – Experiência de mudança na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento em função da idade	
.....	<b>37</b>
<b>Quadro 7</b> – Experiência de mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento em função do género	
.....	<b>39</b>
<b>Quadro 8</b> – Caracterização do bem-estar psicológico na amostra total	<b>40</b>
<b>Quadro 9</b> – Caracterização do bem-estar psicológico em função da idade	<b>41</b>
<b>Quadro 10</b> – Caracterização do bem-estar psicológico em função do género	<b>42</b>
<b>Quadro 11</b> – Análise correlacional do QPE, escolaridade, situação económica e estado de saúde	
.....	<b>43</b>
<b>Quadro 12</b> – Análise correlacional do BEP, escolaridade, situação económica e estado de saúde.	
.....	<b>44</b>
<b>Quadro 13</b> – Análise da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico	
.....	<b>45</b>
<b>Quadro 14</b> – Análise da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico no grupo da meia-idade.	
.....	<b>46</b>
<b>Quadro 15</b> – Análise da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico no grupo da velhice	
.....	<b>46</b>

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1</b> – Caracterização da auto-percepção do envelhecimento em função da idade (notas z) .....	<b>33</b>
<b>Figura 2</b> – Caracterização da auto-percepção do envelhecimento em função do género (notas z) .....	<b>35</b>
<b>Figura 3</b> – Caracterização do bem-estar psicológico em função da idade (valores z) ...	<b>41</b>
<b>Figura 4</b> – Caracterização do bem-estar psicológico em função do género (valores z).	<b>42</b>

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo 1.</b> Folha de caracterização de dados sociodemográficos.	
---	--

## **Introdução**

O processo de envelhecimento é uma realidade biológica irreversível que vai muito além do controlo do ser humano. No entanto, é submetido a construções, por parte da sociedade, numa tentativa de compreender o que é a velhice (WHO, 2001).

O envelhecimento da população mundial é uma realidade incontornável. Com a revolução industrial, no século XIX, começou a surgir a redução tanto da natalidade como da mortalidade. Na etapa pós-industrial, passou a existir um maior controlo de doenças infecciosas, com maior atenção à saúde em geral e, em particular, às doenças degenerativas e crónicas, típicas dos velhos. O ser humano ganhou uma nova qualidade de vida, além da possibilidade de resistir a doenças que antes provocavam a morte numa idade precoce (Zimmerman, 2007).

A esperança média de vida aumentou de 48 anos, no início da década 50, para cerca de 68 anos, na primeira década do novo século (UNFPA, 2011), mas as projeções indicam que irá continuar a crescer durante as próximas décadas, existindo um aumento de 10 anos, em 2050. O aumento da esperança de vida e o declínio da fertilidade irão produzir, nos primeiros 50 anos do século XXI, uma “revolução silenciosa” (Fernández-Ballesteros, 2008): a população acima dos 65 anos vai continuar a crescer, dos 534 milhões, em 2010, para cerca de 1,5 biliões, em 2050, passando a representar 16% da população mundial.

Em Portugal, a situação não difere. Segundo os Censos de 2011, a base da pirâmide etária, que corresponde à população jovem, diminuiu e o topo alargou-se com o crescimento da população idosa. O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer, de forma generalizada, em todo o território.

Na última década, Portugal perdeu população entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos. Houve um declínio na percentagem dos jovens, que diminuiu de 16% em 2001, para 15% em 2011, e na população idosa assistiu-se ao inverso, tendo passado de 16% em 2001, para 19% em 2011. A percentagem de mulheres idosas é superior à dos homens: em 2001 era de 18% e em 2011 de 21%, enquanto os homens rondavam os 14% em 2001, aumentaram para 17% em 2011. No grupo das idades mais avançadas verificou-se um reforço da sua

importância no total da população. A população com 70 ou mais anos representava 11% em 2001 e passou a representar 14% em 2011. O índice de envelhecimento, em 2001, era de 102% e aumentou para 128% em 2011, o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. Em 2011, o índice de longevidade era de 48, contra 41 em 2001, e 39 em 1991 (Censos 2011).

Por tudo o que foi referido, o envelhecimento da população é hoje um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas. Apesar do esforço, por parte de investigadores, para elaborar diversas perspetivas de envelhecimento que encarem o envelhecimento como um processo natural e normal, em vez da limitação de uma visão determinista e fatalista, estes reconhecem que a velhice é uma fase crítica do desenvolvimento humano, que engloba o declínio e perdas em vários domínios da vida.

Na história do estudo do envelhecimento existem duas tradições: teorias e autores que enfatizam a visão positiva do envelhecimento e, em contrapartida, aqueles que sublinham os aspetos negativos (Fernández-Ballesteros, 2008). Com o desenvolvimento das ciências médicas, psicológicas e sociais, a velhice passou a ser considerada como mais um estágio da vida (Fonseca, 2005).

Fernández-Ballesteros (2004) parte de três princípios básicos para explicar que é possível promover o envelhecimento ótimo. A autora refere que o envelhecimento da população constitui um êxito da sociedade moderna, no entanto, esse envelhecimento lança, também, um desafio aos indivíduos e à própria sociedade, na medida em que se vive por mais tempo e, dessa forma, mais elevadas são as probabilidades de ocorrência de limitações por doenças e por outras formas de incapacidade. Enfatiza que os idosos não são um grupo homogêneo, sendo possível envelhecer de muitas formas, e acabando a experiência da velhice por ser a mais heterogênea de todas as das fases da vida.

A grande dificuldade enfrentada pelo indivíduo idoso assenta no estigma existente na sociedade, que rotula o velho como um inútil, chato, rabugento, frágil e um fardo para a população. Estes rótulos são estimulados pelos estereótipos acerca dos velhos, com os quais as pessoas são confrontadas desde muito novas, evoluindo, posteriormente, numa fase mais tardia da vida, para auto-estereótipos, influenciando, assim, a sua auto-estima e bem-estar.

Inúmeros critérios passaram a ser progressivamente tomados para avaliar o sucesso do envelhecimento, tais como a longevidade, a saúde (física e mental), a

competência, o bem-estar psicológico, o controlo pessoal, a autonomia, entre outros (Fonseca, 2005).

Existem diversas perspetivas do bem-estar, como por exemplo, o bem-estar subjetivo, o social e o psicológico. Neste trabalho será valorizado este último, porque o bem-estar psicológico oferece um enquadramento global que agrega conceitos de saúde mental, da psicologia clínica e do desenvolvimento e propõe conceitos operacionalizados, através das Escalas de Bem-Estar Psicológico de C. Ryff (1989a). Caracteriza-se como sendo um constructo multidimensional que reflete características relativas ao funcionamento psicológico positivo ou ótimo (Machado & Bandeira, 2012).

Embora existam aspetos que caracterizam a velhice de uma forma negativa, os indivíduos idosos apresentam níveis de bem-estar maiores do que seria de esperar (Marcoen, Coleman & O' Hanlon, 2008).

O panorama do envelhecimento da população requer a promoção do envelhecimento ativo como prevenção da incapacidade, fomentando, também, o aumento do bem-estar e a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2008).

O presente estudo encontra-se organizado de acordo com as seguintes secções: o primeiro capítulo assenta num enquadramento teórico relativo a uma perspetiva geral do envelhecimento, da auto-perceção do envelhecimento e do bem-estar psicológico; no segundo capítulo, delineiam-se os objetivos e as hipóteses; no terceiro capítulo, procede-se à descrição da metodologia, onde será realizada a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados e os procedimentos estatísticos de análise; no quarto capítulo, serão apresentados os resultados obtidos; no quinto capítulo, discutem-se os resultados; e, por fim, no sexto capítulo, expõem-se as conclusões finais do trabalho.

## Capítulo 1. Contextualização Teórica

### 1.1. O Envelhecimento

A velhice tem sido estudada de diversas formas e de diversos pontos de vista, ao longo do tempo, o que implica a necessidade de ser compreendida na sua diversidade de abordagens pluridisciplinares, não apenas na sua componente biológica, a mais comum, mas também englobar componentes psicológicas, sociais, ecológicas, históricas e culturais. Podemos então afirmar que o envelhecimento é um fenómeno multidimensional. De forma a entender o processo de envelhecimento temos pois que compreender a sua individualidade e diversidade. As mudanças que vão ocorrendo tanto nas dimensões biológicas, psicológicas como nas sociais podem ocorrer em ritmos diferentes, de pessoa para pessoa (Vitola & Argimon, 2003). Com o aumentar da idade, aumentam também as diferenças inter-individuais, resultando num padrão de maior variabilidade com a idade (Paúl, 2005).

Têm sido definidos três tipos de velhice: a velhice normal, a velhice patológica e a velhice bem-sucedida. Considera-se uma velhice normal quando ocorrem as mudanças típicas do envelhecimento humano e se observa ausência de patologias, tanto biológicas como psicológicas. As consequências de um envelhecimento patológico afiguram-se bastante prejudiciais para o bem-estar do indivíduo e estão relacionadas com a perda de independência e de autonomia (Neri & Yassuda, 2008). Este envelhecimento é caracterizado pelo aparecimento ou pelo agravamento de doenças crónicas e incapacitantes que acompanham o processo de envelhecimento do indivíduo. Entende-se por velhice bem-sucedida um estado ideal, onde é possível aos idosos manterem a autonomia, a independência, o envolvimento ativo com a vida pessoal, com a família, com os amigos, com o lazer, com a vida social, na ausência de doenças físicas e mentais crónicas e de incapacidades funcionais que comprometam o funcionamento em níveis esperados para pessoas adultas numa dada sociedade, ausência de fatores de risco, manutenção do funcionamento físico e mental e envolvimento ativo com a vida (Neri & Yassuda, 2008).

A perspetiva de *life-span* defende que o desenvolvimento consiste num processo dinâmico e contínuo, multidimensional e multidirecional, marcado por ganhos e perdas na interatividade do indivíduo com a sua história, a cultura e o tempo em que se insere

(Baltes, 1987). Também Fries (1990 cit. por Fonseca, 2004) define o envelhecimento bem-sucedido como uma maximização de acontecimentos positivos e desejáveis (como a satisfação de vida) e uma minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (como a doença crônica). A natureza do que constitui uma perda ou um ganho depende dos fatores pessoais e culturais e da posição do indivíduo na vida (Lindenberger & Baltes, 2000). Enquanto na primeira metade da vida o investimento primário de recursos é dirigido a processos que configuram, essencialmente, ganhos desenvolvimentistas, na segunda metade da vida, cada vez mais, os recursos são investidos no sentido da manutenção desses ganhos e da reparação das perdas, por forma a limitar as suas consequências (Fonseca, 2004).

Segundo um estudo de Heckhausen, Dixon, e Baltes (1989), os indivíduos admitem um aumento de perdas, ao longo da vida adulta, sendo a maior percentagem na velhice. No entanto, mesmo aos 90 anos, 20% dos participantes esperavam as mudanças como ganhos. Concluíram que os ganhos são maiores que as perdas, ao longo da vida adulta, com a exceção, a partir dos 80 anos, quando são esperadas mais perdas que ganhos.

#### **1.1.1. Envelhecimento e Meia-idade**

É a partir meia-idade que as percepções, que se tem acerca da idade, começam a ter mais influência na auto-imagem e na identidade (Ward, 2013). Como resultado dos estereótipos negativos sobre as pessoas mais velhas e do valor cultural atribuído aos jovens adultos, poucas pessoas querem admitir a experiência do processo de envelhecimento na meia-idade e, particularmente dos últimos anos de vida (Barrett, 2005). Contudo, muitas pessoas que se encontram na meia-idade e mesmo depois disso podem ser consideradas como competentes, produtivas e responsáveis (Lachman, Lewkowicz, Marcus & Peng, 1994 cit. por Stewart, Ostrove & Helson, 2001). Posto isto, podemos observar pessoas na meia-idade com um aumento da confiança e de autoridade, acompanhado por um maior sentido de bem-estar psicológico, ou então, indivíduos que estão a iniciar um processo de declínio até à morte, normalmente associado a um aumento de pensamentos sobre a morte e a mortalidade, como também da percepção dos declínios físicos, relacionais e psicológicos.



Os adultos da meia-idade são considerados como a geração sanduíche porque estão no meio, ou seja, fazem a ponte entre a geração dos mais novos e a geração dos mais velhos. No meio da vida, os adultos confrontam-se com uma multiplicidade de experiências que apelam a reestruturações relacionais e contribuem para esta tomada de consciência da finitude da vida (Fagulha, 2005). Tornam-se pais dos seus próprios pais e têm que lidar com o declínio e a morte destes, no momento em que o próprio corpo dá sinais de perda de juventude. Ao mesmo tempo devem adaptar-se à emancipação dos filhos.

A desvalorização das idades mais avançadas, por parte da sociedade, afeta as auto-percepções em ambos os géneros, todavia, tem sido debatido que as consequências psicológicas e sociais dessa desvalorização são maiores para as mulheres, dado que a sociedade elabora construções que definem a mulher em termos da sua beleza e do seu potencial reprodutivo. Pelo contrário, nos homens, o envelhecimento tem uma conotação mais positiva, acompanhado de qualidades mais valorizadas que estão relacionados com o poder, como por exemplo, a competência e a autonomia (Barrett, 2005).

Os anos da meia-idade são fundamentalmente caracterizados pela experiência psíquica interna de confronto com a morte e por um balanço e avaliação da vida vivida. O balanço que se faz, sendo este mais positivo ou negativo, influencia a capacidade de aceitação e adaptação ao envelhecimento (Fagulha, 2005).

Deste modo, seria importante reforçar uma imagem mais positiva do processo de envelhecimento, para que a velhice não fosse considerada apenas como o final da vida, mas sim como uma fase em que é possível continuar a ser-se ativo nos diversos domínios da vida.

### **1.1.2. Envelhecimento Ativo**

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Entende-se por envelhecimento ativo, o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002). A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar ativo fisicamente. O objetivo do

envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, incapacitadas fisicamente e que requerem cuidados (WHO, 2002).

Fernández-Ballesteros (2008) caracteriza o envelhecimento ativo como o processo de adaptação ao percurso da vida para chegar a um funcionamento ótimo físico, psicológico e social, que é baseado na evidência que suporta a variabilidade, a plasticidade e a modificabilidade do funcionamento do idoso. Segundo esta perspectiva, os indivíduos envelhecem de forma diferente em função da interação entre eles e o mundo que os rodeia, onde as circunstâncias de vida podem ser mudadas; os indivíduos têm diferentes mecanismos de *coping* para lidar com as perdas e os declínios; nem todos os covariantes com a idade são negativos e durante o ciclo de vida podem haver mudanças positivas; algumas consequências negativas são determinadas pela doença e esta pode ser prevenida (Fernández-Ballesteros, 2008).

No caso de Portugal, Paúl e Fonseca (2001 cit. por Fonseca, 2005) não têm dúvidas sobre a necessidade de aumentar e melhorar os serviços disponibilizados aos idosos e os cuidados que lhes são prestados, privilegiando os serviços e os cuidados que permitam um aumento da qualidade de vida no sentido mais abrangente do termo.

### **1.1.3. Envelhecimento Ativo e Bem-Estar**

Envelhecer por si só não traz consigo menor bem-estar psicológico (Fonseca, 2005). Com as perdas variadas, que podem ser experienciadas no processo de envelhecimento, seria de esperar que as pessoas idosas apresentassem menor bem-estar que as pessoas mais novas, no entanto, segundo a pesquisa neste campo, isto não se verifica, antes pelo contrário (Pinquart & Sörensen, 2000). Estes autores concebem o desenvolvimento humano como uma procura de objetivos, que incluem a obtenção e manutenção de autonomia e estabelecimento de relações sociais significativas. Realçam, igualmente, a importância da competência, do estatuto socioeconómico e a integração social como aspetos de um envelhecimento bem-sucedido e como mediadores de satisfação com a vida, auto-estima e bem-estar (Pinquart & Sörensen, 2000).

Vários autores têm definido diversos critérios para o envelhecimento ativo. O controlo pessoal, definido por Peterson (1999, cit. por Fernández-Ballesteros, 2008), como a

crença do indivíduo de se comportar de maneira a maximizar os bons resultados e minimizar os maus resultados, é uma das condições para a qualidade de vida e bem-estar nos idosos. Por outro lado, a falta de controlo está relacionada com passividade, mau desempenho, depressão e doença (Peterson et. al., 1998, cit. por Fernández-Ballesteros, 2008). Outro conceito importante para um envelhecimento ativo é a auto-eficácia, descrita por Bandura (1997, cit. por Fernández-Ballesteros, 2008) como a crença nas capacidades do indivíduo para organizar e executar ações necessárias para produzir certas realizações. As relações sociais são um critério importante para o envelhecimento ativo, para o bem-estar e para a qualidade de vida, ao longo do ciclo da vida. A falta de interação social é um fator de risco para a saúde mental e física que, por sua vez, são determinantes de insatisfação e de depressão (Fernández-Ballesteros, 2008).

#### **1.1.4. Envelhecimento Ativo e a Quarta-idade**

O envelhecimento é considerado por muitos uma utopia, um paradoxo, ao juntar palavras como “envelhecimento” e “ativo”. Uma das consequências do envelhecimento ativo é o estigma dos idosos. Ao serem deparados com critérios como a ausência de doença e incapacidades, a preservação de funcionamento mental, um compromisso ativo com a vida, mais tarde ou mais cedo, as pessoas irão falhar neste teste (Marcoen, Coleman & O’Hanlon, 2008). O processo de envelhecimento, principalmente quando se atingem idades mais avançadas, é acompanhado, frequentemente, por perdas irreversíveis, que arrastam consigo sinais de dependência e que implicam uma progressiva diminuição das condições de vida (Fonseca, 2005). Desta forma, significados positivos têm que ser encontrados neste último estágio da vida (Marcoen, Coleman & O’Hanlon, 2008).

O medo de envelhecer faz da velhice um problema. Este medo cria uma ansiedade que persegue um grande número de pessoas na nossa sociedade. É preciso saber envelhecer, tendo consciência que é impossível anular mudanças físicas e psicológicas da velhice, mas sabendo que é possível uma preparação para a velhice, de modo a que possibilite ter um envelhecimento bem-sucedido (Terra, 2003). Posto isto, Baltes e Baltes (1990) estabelecem um conjunto de estratégias potenciadoras de um envelhecimento bem-sucedido: importância de manter um estilo de vida saudável para reduzir a probabilidade de envelhecer com condições patológicas; encorajar a adoção de soluções

individuais e sociais flexíveis; procura de atividades educacionais, motivacionais e relacionadas com a saúde, de forma a criar um ambiente proactivo; procurar ambientes amigáveis para a implementação de estilos de vida apropriados à sua idade; adoção de comportamentos realistas face às capacidades individuais e consideração de estratégias que facilitem o confronto com a realidade objetiva, sem perder a individualidade.

## **1.2. Perceção do Envelhecimento**

No que diz respeito ao processo de envelhecimento, existe uma grande diversidade de abordagens, o que permite o surgimento de diferentes perspetivas e conclusões sobre a natureza desse processo no ser humano. Do ponto de vista científico, de um lado temos as perspetivas apenas biológicas que encaram o envelhecimento como um processo exclusivamente biomaturacional, onde se considera um corpo em declínio e, por outro lado, temos as perspetivas apenas sociais que consideram o velho como puramente social, que poderá entrar em declínio, ao nível das competências sociais, como resultado da perda dos seus papéis ocupacionais (Kenyon, 1988). As pessoas são assim reduzidas ora a um organismo em declínio, ora a um conjunto de papéis sociais. Estas perspetivas unilaterais influenciam as perceções de envelhecimento por parte dos indivíduos (Gadamer, 1981 cit. por Kenyon, 1988), encorajam estereótipos negativos que inibem a participação das pessoas idosas, de forma mais ativa, na sociedade e levam à elaboração de estratégias de intervenção paternalistas por parte dos mais novos, dando origem a uma vitimização do idoso que prejudica a sua autonomia e independência (Neri, 2005 cit. por Silva, Farias, Oliveira, Rabela, 2012).

Existem contudo aspetos positivos relacionados com a velhice, como uma maior liberdade, menos responsabilidades, respeito, relações com os netos, experiência de vida, sabedoria e calma interior, e aspetos negativos, como as perdas no funcionamento psicofísico, na vitalidade, na mobilidade, na força e ainda mudanças na aparência e perda de independência e de relações pessoais (Westerhof & Tulle 2008). Porém, apesar de a velhice estar ligada a estereótipos positivos e negativos, os atributos negativos prevalecem sobre os positivos (Kotter-Grün & Hess, 2012). Os preconceitos podem ser uma forma de super-simplificação, isto é, algumas características de um determinado grupo são selecionadas e realçadas, definindo os seus componentes de uma forma geral (Silva, Farias, Oliveira, & Rabela, 2012). Vamos, então, de encontro ao conceito de

“Idadismo” que representa a tendência generalizada para considerar os idosos como um grupo social homogêneo, reduzidos à sua idade cronológica, cuja representação é, por sua vez, negativa e que faz com que a maioria das pessoas tenham medo de chegar à velhice (Nelson, 2002 cit. por Fonseca, 2005). Os preconceitos e estereótipos em relação à velhice influenciam as crenças que os idosos têm sobre o próprio processo de envelhecimento, as suas atitudes e, conseqüentemente, podem interferir no bem-estar dos mesmos (Silva, Farias, Oliveira, & Rabela, 2012).

Há evidência que as auto-concepções da idade são melhores preditores do funcionamento psicológico e físico dos adultos, em envelhecimento, do que a idade cronológica (Montepare & Lachman, 1989). A auto-percepção de envelhecimento é um constructo multidimensional que abrange a percepção que os indivíduos têm da sua idade e do seu envelhecimento (Levy, 2003; Sneed & Whitbourne, 2005 cit. por Kotter-Grün & Hess, 2012).

Para Montepare e Lachman (1989), o envelhecimento tem que ser entendido de acordo com as percepções e as experiências dos indivíduos. As percepções do envelhecimento e a identidade de idade são em parte moldadas pelas interações dinâmicas dos sistemas sociais e culturais, que enquadram o nosso entendimento do processo de envelhecimento, no contexto de uma população envelhecida.

Os indivíduos mais velhos internalizam os estereótipos, contribuindo para a formação da auto-percepção do envelhecimento, e os indivíduos jovens costumam aceitar esses estereótipos, automaticamente, sem questionar a sua validade. Assim, quando chegam à velhice, eles já interiorizaram esses estereótipos (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2002). Com efeito, as pessoas que experienciam o seu processo de envelhecimento mais em termos do declínio físico e social, relatam menores níveis de bem-estar subjetivo, enquanto aqueles que veem o seu envelhecimento em termos de crescimento contínuo, relatam níveis maiores de bem-estar subjetivo (Steverink et al, 2001; Westerhof, 2003 cit. por Westerhof, & Tulle, 2008).

### **1.2.1. Influência dos Estereótipos na Percepção do Envelhecimento**

Existem diversos estudos que se interessaram por analisar a auto-percepção do envelhecimento e o impacto dos estereótipos na auto-percepção do envelhecimento e no bem-estar.

Para além dos jovens, os idosos também acreditam nestes estereótipos. De facto, os idosos partilham da mesma veneração que a sociedade tem pela juventude e isto influencia o desempenho dos idosos (o *deficit* intelectual torna-se uma profecia auto realizada, (Baltes, & Schaie, 1977)) e pode afetar negativamente a sua auto-percepção e bem-estar (Kotter-Grün & Hess, 2012).

Kotter-Grün e Hess (2012) examinaram quais eram os indicadores da auto-percepção de envelhecimento durante a vida adulta e testaram se os estereótipos da idade influenciavam a auto-percepção do envelhecimento. Deste estudo foi possível retirar várias conclusões. Em primeiro lugar, demonstraram que, com o aumento da idade, os participantes cada vez mais se sentiam, queriam ser, e se achavam mais novos do que a sua idade real, o que vai de encontro a outros estudos (Demakakos, Gjonca, & Nazroo, 2007; Montepare, & Lachman, 1989). Em segundo lugar, os participantes mostraram-se satisfeitos com o seu processo de envelhecimento, incluindo os idosos. Em último lugar, os resultados mostraram que os estereótipos negativos afetam não só os comportamentos como também as avaliações. Concluiu-se que a ativação de estereótipos negativos teve efeitos negativos em diversos indicadores da auto-percepção do envelhecimento. Os idosos com boa saúde sentiam-se mais velhos ao serem expostos aos estereótipos negativos e os indivíduos com uma saúde de pior qualidade sentiam-se mais velhos e referiam desejar ter uma idade, ideal, mais nova. Especula-se que a antecipação das mudanças negativas relacionadas com a idade aumentem o desejo de não chegar à velhice.

Levy, Slade, Kunkel, e Kasl (2002) procuram entender se as auto-percepções do envelhecimento influenciam a longevidade e como é que este processo pode ocorrer. Os resultados mostraram que auto-percepções positivas do envelhecimento contribuem para uma vida mais longa. Os indivíduos com auto-percepções positivas viviam mais 7,6 anos do que os que tinham percepções negativas. Este estudo mostrou ainda que existe um certo número de indivíduos que consegue lidar com sucesso com os estereótipos. As auto-percepções negativas podem, assim, diminuir a expectativa de vida, e as positivas podem prolongá-la.

Demakakos, Gjonca, e Nazroo (2007) alegam que uma identidade de idade mais nova e percepções positivas de idade catalisam um aumento de recursos psicossociais que, por sua vez, podem beneficiar a saúde na velhice e o prolongamento de vida.

Chasteen (2000) relembra que as pessoas mais idosas, em algumas situações, têm mais atitudes positivas acerca dos idosos e de outros grupos de idade. As atitudes que uma pessoa tem acerca de si próprio e de um grupo particular vão afetar as suas avaliações, em termos de julgamentos relacionados com a idade. As atitudes acerca do seu próprio envelhecimento têm um papel importante na percepção dos indivíduos idosos.

Silva, Farias, Oliveira, e Rabela (2012) tiveram como objetivo investigar as atitudes dos idosos em relação à velhice pessoal e ao seu bem-estar psicológico, bem como a correlação entre essas variáveis. As atitudes dos idosos apresentaram uma correlação com o bem-estar psicológico dos mesmos, demonstrando que, enquanto perspectiva de envelhecimento pessoal, as atitudes podem agir como mecanismo de *coping* diante das perdas da velhice, funcionando como recursos adaptativos, o que propicia um ajustamento psicológico. Sendo assim, indivíduos bem ajustados apresentam uma maior capacidade de adaptação face às exigências sociais e afetivas do quotidiano. Apesar dos participantes reconhecerem a crescente vulnerabilidade biológica da velhice e de temerem envelhecer com dependência, solidão, inatividade e recearem a própria morte, eles também reconhecem a possibilidade de ganhos na velhice, como o sentimento de integridade, a satisfação com a vida e a possibilidade de ser feliz. Concluíram, igualmente, que os idosos que tinham um maior domínio do seu ambiente, maior senso de controlo, maior crescimento e desenvolvimento das suas aptidões e um propósito na vida dispunham de uma percepção mais positiva da velhice, além de se sentirem mais satisfeitos e comprometidos numa vida mais ativa.

Na sociedade em que vivemos, as crenças sobre os adultos mais velhos debruçam-se principalmente nos aspetos negativos da velhice, tornando-se, assim, em crenças prejudiciais e distorcidas, que podem influenciar a forma como os indivíduos mais velhos vivenciam esta fase do desenvolvimento, na sua auto-estima, auto-imagem e no seu bem-estar psicológico. No entanto, como é demonstrado na literatura e nos estudos empíricos, existe um lado positivo quando nos referimos à velhice e os idosos também são capazes de estarem satisfeitos consigo próprios e com o seu envelhecimento. As atitudes positivas contribuem para a adaptação às incapacidades e perdas presentes na velhice, funcionando como um recurso de *coping* que atenua a adversidade de fatores stressantes, o que permite

o ajustamento à realidade em que estão inseridos e onde importam as experiências anteriores ao longo da vida. A utilização de recursos internos e de estratégias de *coping*, diante das dificuldades, possibilita uma manutenção e reorganização do bem-estar psicológico (Silva, Farias, Oliveira, & Rabela, 2012).

### **1.3. Bem-Estar Psicológico**

Embora a investigação sobre o processo de envelhecimento se tenha focado essencialmente nos aspetos negativos, nos últimos anos a atenção dos investigadores tem-se orientado para os aspetos positivos do funcionamento psicológico, como por exemplo, nos domínios da criatividade, sabedoria, otimismo e responsabilidade, quase ignorados no passado (Novo, 2000).

A inclusão do estudo do bem-estar de âmbito psicológico, no domínio da investigação científica, deu-se apenas na década de 60, impulsionada por grandes transformações sociais e pela necessidade de desenvolver indicadores sociais de qualidade de vida (Machado & Bandeira, 2012).

As perspetivas atuais sobre o bem-estar organizam-se em 3 modelos: bem-estar subjetivo, bem-estar social e bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo faz parte de uma área da Psicologia Positiva e centra-se numa perspetiva hedónica, definindo o bem-estar como a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, tanto no aspeto afetivo como no cognitivo (Diener, 2000), tendo como referência as suas experiências emocionais, positivas e negativas, e tendo por base valores, necessidades, expectativas e crenças pessoais. Deste modo, a satisfação com a vida, a felicidade e os afetos positivos e negativos tornaram-se os indicadores específicos da experiência subjetiva de bem-estar (Novo, 2005).

O bem-estar social capta a perceção sobre as relações que os indivíduos estabelecem uns com os outros, com o funcionamento social e com o ambiente (Novo, 2005).

O conceito de bem-estar psicológico surgiu no final da década de 1980, com Ryff (1989a), e está enraizado no pensamento clássico desenvolvido por Aristóteles, relativamente à eudaimonia, entendida como a ação orientada para o desenvolvimento dos potenciais únicos de cada pessoa (Ryff & Singer, 2008). Vários autores traduziram o



termo eudaimonia como significando felicidade, o que acabou por ser um problema porque esta tradução sugere uma semelhança entre eudaimonia e a perspectiva hedónica, o que vai contra o que Aristóteles propôs. Aristóteles não estava interessado nos aspetos subjetivos da felicidade, para ele a tarefa que todos devíamos visar é a da auto-realização (Ryff & Singer, 2008). Trata-se, por conseguinte, de um constructo multidimensional, que reflete características relativas ao funcionamento psicológico positivo ou ótimo (Machado & Bandeira, 2012).

O modelo do bem-estar psicológico enraíza-se pois num terreno teórico claro e integrado, propõe conceitos operacionalizados de um modo uniforme e faculta dados provenientes de metodologias de avaliação específicas (Novo, 2000). O sentido do ajustamento psicológico é constituído a partir da interação entre as oportunidades, as condições vividas pelo indivíduo (saúde, trabalho, educação), a maneira pessoal como cada um organiza o seu conhecimento e responde às necessidades individuais, sociais e às exigências ambientais. Assim sendo, as experiências vividas pelo indivíduo, no contexto social, profissional e emocional, influenciam o bem-estar psicológico (Queroz, 2003 cit. por Silva, Farias, Oliveira & Rabelo, 2012).

Ryff (1989a) aponta diversas limitações a todas as outras abordagens sobre o envelhecimento bem-sucedido. A primeira limitação que apresenta é a ausência de referenciais teóricos em torno das várias dimensões do bem-estar. Esta limitação resulta em dois problemas: definições indescritíveis têm dificultado os esforços para traduzir os constructos em medidas empíricas, o que levará a problemas de validade nos próprios instrumentos; em segundo lugar, alguns investigadores fornecem lógicas conceituais para justificar alguns índices de bem-estar, valendo tudo como uma medida do envelhecimento bem-sucedido e ficando sem fundamentos para avaliar o valor dos critérios, ou para escolher entre eles. Uma segunda limitação, apresentada por Ryff (1989a), é o negativismo implícito, presente em muitas abordagens sobre o envelhecimento bem-sucedido. Com efeito, estes estudos não permitem entender as causas e as consequências do funcionamento psicológico positivo (Novo, 2000). Em terceiro, a autora aponta que os estudos anteriores têm prestado pouca atenção aos recursos e aos desafios da velhice e às possibilidades de um crescimento e desenvolvimento contínuos, nos últimos anos de vida. Por último, não tem existido um reconhecimento de que as concepções de bem-estar são construções humanas e, por isso, estão abertas a diversas definições, devido às diferenças da cultura e às mudanças históricas.

### **1.3.1. Fundamentos teóricos das dimensões de Bem-estar Psicológico**

Este novo modelo, proposto por Ryff, é construído com base em constructos teóricos, como o de G. Allport, E. Erikson, M. Jahoda, C. Jung, A. Maslow, B. Neugarten e C. Rogers, e define como objetivo fundamental a operacionalização de um modelo teórico de envelhecimento bem-sucedido (Ryff, 1989a). As teorias desenvolvidas por estes autores são propostas que definem os desafios e as tarefas da meia-idade e da velhice e constituem uma matriz teórica de base para a conceção do bem-estar psicológico na idade adulta (Novo, 2000).

Ryff (1989a) identificou os pontos de convergência destas diversas fontes e propostas clássicas, operacionalizando as qualidades fundamentais que delas emergem. Neste modelo, o bem-estar psicológico é globalmente definido como um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões consideradas nucleares do desenvolvimento e da expressão da normalidade e do bem-estar: aceitação de si (possuir uma atitude positiva em relação a si mesmo e aceitar múltiplos aspetos da sua personalidade), relações positivas com os outros (possuir relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas), domínio do meio (ter competência em manusear o ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais), crescimento pessoal (perceber um desenvolvimento pessoal contínuo e estar aberto a novas experiências), objetivos na vida (ter um sentido de orientação, propósito e objetivos de vida) e autonomia (ser autodeterminado, independente, avaliar experiências pessoais segundo critérios próprios) (Ryff, 1989a).

G. Allport (1966) apresenta seis dimensões para se atingir uma personalidade madura: um sentido alargado do eu, em que a pessoa madura participa em algumas esferas significativas da vida humana; a capacidade de intimidade do self com os outros, a pessoa imatura só se interessa por ela e por mais ninguém, pelo contrário, a pessoa madura tem relações emocionais profundas; segurança emocional/aceitação de si, exprime as suas convicções e sentimentos mas tem em consideração os sentimentos e as convicções dos outros; uma filosofia unificadora da vida; capacidade para perceber, pensar e agir entusiasticamente, de acordo com a realidade externa e auto-objectivação, compreensão e humor face à percepção de si próprio.

Os dois últimos estádios de Erikson (1989), na sua teoria dos estádios do desenvolvimento, apresentam-se como generatividade VS estagnação e integridade VS

desespero. É na meia-idade em que o desafio da generatividade é lançado (Novo, 2000). A essência da generatividade está nas experiências de cuidado, nutrição e manutenção. Reconciliar a generatividade e a estagnação envolve uma revisão dos seus anos ativos, de responsabilidade para nutrir a próxima geração. Ao desistir de posições de responsabilidade na família e na comunidade, o adulto poderá confrontar-se com sentimentos de estagnação (Erikson, J. Erikson & Kivnick, 1989). Na velhice, o último estágio do ciclo de vida, os idosos tentam aceitar a inalterabilidade do passado e do futuro desconhecido, reconhecer os seus erros e moderar sentimentos de desespero com um sentido de integridade, o que é essencial para seguir em frente. Na realidade, a velhice traz consigo muitas experiências que são razões realísticas para o desespero: aspetos do passado que se gostaria que tivessem sido diferentes, aspetos do presente que são dolorosos, aspetos do futuro que se advinham assustadores e a morte à qual não é possível escapar. O idoso inicia a integração quando começa a refletir sobre os aspetos acima mencionados.

Para M. Jahoda (1958), a saúde mental positiva é descrita como aceitação de si, ou seja, a pessoa aprendeu a viver consigo própria, aceitando as suas limitações e possibilidades, mesmo os elementos dos quais pode não se sentir orgulhosa. Para o indivíduo com saúde mental positiva existe um esforço permanente para atingir o seu potencial. Mayman (1955 cit. por Jahoda, 1958) enfatiza a importância do indivíduo ter objetivos de maior alcance que vão além da satisfação das suas próprias necessidades básicas. Outro critério é a integração que se refere à coerência da personalidade, várias vezes referido como a unidade e continuidade da personalidade. Tal como Allport, Jahoda considera como critério de uma saúde mental positiva ter uma visão unificadora da vida. O indivíduo mentalmente saudável é, para Jahoda, resiliente, capaz de conseguir adaptar-se a variadas vicissitudes da vida, de forma a encontrar satisfação depois da derrota (Ewalt, 1956 cit. por Jahoda, 1958). É, também, importante o indivíduo ter controlo sobre o meio, isto é, ser capaz de manusear o ambiente, de modo a satisfazer necessidades e valores pessoais. Outro critério apresentado por Jahoda é a capacidade que a pessoa tem em manter uma relação positiva com outros. Para finalizar, esta autora acreditava que, para ter uma saúde mental positiva, é necessário ter capacidade de adaptação.

Jung (1933) considera o processo de individuação e de realização de si como um processo natural, de progressivo crescimento de individualidade, que evolui progressivamente, ao longo da vida, e que, na fase da maturidade, permite alcançar aquilo

que é único a cada ser (Novo, 2000). Considera necessário distinguir os processos psicológicos operantes na primeira fase da vida dos da segunda fase, porque o indivíduo não pode viver a segunda fase da vida com as verdades e os ideais dos quais se servia na primeira fase. No que diz respeito ao género, as estatísticas mostram que existe uma maior taxa de homens deprimidos quando chegam aos 40 anos e as mulheres começam as suas dificuldades neuróticas um pouco antes. Se o indivíduo estiver preparado para a mudança, a transição na carreira profissional correrá normalmente, mas se ele estiver apegado a idealizações que contrariam a realidade, então surgem problemas. Por vezes, os distúrbios internos, psíquicos, emergem devido ao apego às ilusões da infância. O que nos é dado pelo passado tem que ser adaptado para as possibilidades e exigências do futuro. Um idoso tem que dar atenção a si próprio, a segunda parte da vida tem que ser vivida consoante os princípios do próprio. Esta fase da vida tem que ter um significado. O processo de integração dos diversos elementos de si próprio está envolvido em vários domínios, como por exemplo, o indivíduo precisa aceitar as suas características positivas e negativas (lado bom e lado mau), tem de estar em contacto com o seu lado mais obscuro e tem de aprender a aceitar os seus traços femininos e masculinos (o homem tem de aprender a aceitar os seus traços mais femininos e a mulher tem de dar uso à sua masculinidade). É esta visão da personalidade integrada, defendida por Jung, possível na fase final da vida.

O modelo de Maslow (1970) integra um conjunto de características associadas à realização de si, entre elas: uma perceção eficiente da realidade, através da qual consegue julgar as pessoas eficientemente; aceitação de si, dos outros e da natureza; o comportamento é marcado pela simplicidade e naturalidade e pela falta de artificialidade; possibilidade de se centrar no problema, focando-se em problemas fora de si próprios, não centrados no ego. Estes indivíduos normalmente têm uma missão na vida; sentem a necessidade de privacidade; têm um funcionamento autónomo, ou seja, estas pessoas não estão dependentes do mundo real ou da cultura, são suficientemente fortes para serem independentes das opiniões dos outros; desenvolvem uma visão das pessoas e coisas de uma maneira nova; a maioria delas já vivenciou uma experiência de carácter místico; possuem um sentimento profundo de identificação, simpatia, afeição e um desejo genuíno de ajudar a raça humana; um interesse e envolvimento emocional com os outros; apresentam um carácter democrático, isto é, são capazes de ser amigáveis, abertos e compreensivos com as outras pessoas; são extremamente éticas; possuem sentido de

humor filosófico, sem hostilidade, além de serem muito criativos e resistirem ao conformismo imposto pela cultura e pela sociedade. Porém, é bom salientar que estes indivíduos não são perfeitos pois também compartilhavam os muitos problemas enfrentados pelas pessoas “comuns”.

Neugarten (1968) propôs processos executivos da personalidade na meia-idade que incluíam qualidades como: a autoconsciência, seletividade, manipulação e controlo do ambiente, mestria, competência e várias estratégias cognitivas. Esta autora descreve algumas características da vida mental da meia-idade como o aumento da introspeção, a estruturação e reestruturação de experiências e o processamento consciente de nova informação, à luz do que já foi aprendido, e a capacidade de transformação da sua competência para atingir os seus objetivos. Estas pessoas sentem que conseguem controlar o ambiente à sua volta, criam as suas próprias regras e normas e possuem um sentido de controlo elevado.

O método de intervenção terapêutica de Rogers (1962), a terapia centrada no cliente, tem como objetivo ajudar os seus pacientes a tornarem-se mais conscientes e a aceitarem incondicionalmente as suas características, serem capazes de elaborar as suas angústias e os seus medos de modo a ultrapassarem o sofrimento. Rogers define as características das pessoas que emergirão da terapia como ótimas, isto é, características específicas do funcionamento integral da pessoa (*fully functioning person*) tais como a abertura à experiência; viver, em pleno, cada momento, isto é, deixar-se abrir ao que se está a passar no aqui e agora; confiar mais em si e não tanto nos princípios, ou nas normas estabelecidas pela comunidade, por um grupo ou uma instituição; a confiança no seu organismo, na sua própria experiência; crescimento contínuo; criatividade, as pessoas desenvolvem confiança nos processos que acontecem dentro deles e atrevem-se a sentir os seus próprios sentimentos, vivem com valores que descobriram dentro de si e expressam-nos na sua forma específica.

### **1.3.2. Dimensões do Bem-estar Psicológico**

Ryff (1989a) elaborou definições para cada dimensão, o que significa ter uma dimensão mais ou menos desenvolvida, integrando vários elementos das teorias em que se baseou.

Uma maior aceitação de si indica que o indivíduo possui uma atitude positiva para consigo próprio, aceitando todas as suas características, boas e más, e sente-se bem com o seu passado. Pelo contrário, uma menor aceitação de si significa que o indivíduo não está satisfeito consigo próprio, arrependendo-se do seu passado e gostava de ser diferente do que é.

Na dimensão relação positiva com os outros, Ryff (1989a) considera que esta dimensão estando bem desenvolvida, equivale à capacidade para manter uma relação profunda e satisfatória com os outros, preocupando-se com o seu bem-estar, sendo capaz de mostrar empatia, intimidade, afeição e apercebendo-se das funções do dar e do receber nos relacionamentos. Quando esta dimensão está pouco desenvolvida, o indivíduo mantém poucas relações de confiança com os outros, tem dificuldades na abertura para com os outros e em preocupar-se com eles, não estando disposto a fazer compromissos para manter os vínculos com as outras pessoas.

Um indivíduo com um bom desenvolvimento na dimensão autonomia é independente e autodeterminado, resistindo às pressões da sociedade para pensar e agir de uma certa forma, regula o seu comportamento de dentro e avalia-se pelos seus próprios critérios. Se, pelo contrário, o indivíduo não for autónomo, estará sempre preocupado com as expectativas e as avaliações dos outros, dependendo sempre dos julgamentos dos outros para tomar decisões importantes.

Um indivíduo, com uma grande capacidade de controlar e manusear o ambiente à sua volta, que consegue criar oportunidades com o que está a sua volta, é um indivíduo com elevado domínio do meio. No entanto, um indivíduo com baixo domínio do meio terá dificuldades em manusear as tarefas do dia-a-dia, sentir-se-á incapaz de mudar ou melhorar o ambiente à sua volta e não terá um sentido de controlo do mundo externo.

Um grande desenvolvimento na dimensão propósito de vida significa que a pessoa tem objetivos na vida, um sentido de orientação e encontra sentido no seu passado e presente. Pelo contrário, uma pessoa com pouco desenvolvimento desta dimensão não tem um sentido na vida, não tem objetivos, nem um propósito na vida.

Na dimensão crescimento pessoal, Ryff (1989a) concebe um sentimento de crescimento contínuo, que se vê a crescer e a expandir, que está aberto a novas experiências, reconhecendo um aperfeiçoamento de si ao longo do tempo. Por outro lado, aquele que apresenta um défice de desenvolvimento desta dimensão reflete um

sentimento de estagnação, não sente que tenha melhorado, ao longo do tempo, sentindo-se aborrecido e desinteressado com a vida.

A proposta deste modelo multidimensional de Ryff (1989a) vem responder a muitas das críticas realizadas no contexto de estudos do envelhecimento. No entanto, ela própria afirma que permanece um problema, que se traduz no risco do modelo impor critérios de bem-estar aos indivíduos que não partilham dos mesmos valores e ideais implícitos nas dimensões descritas (Ryff, 1989a). A possível solução que a autora apresenta é que se questione os indivíduos estudados para que forneçam as suas próprias definições de funcionamento positivo, nos estádios da vida em que se encontram. Assim, seria possível obter percepções de quem está a passar pela experiência de envelhecer e essas descrições permitiriam compreender, de uma forma mais correta, os desafios, os recursos e as lutas da velhice. Por outro lado, também seria possível identificar novas concepções de envelhecimento ou mudar as já existentes.

Nesse mesmo ano, Ryff (1989c) investigou como é que os adultos de meia-idade e os adultos mais velhos definiam um funcionamento psicológico positivo. O primeiro conjunto de perguntas estava relacionado com a avaliação da vida; o segundo conjunto girava à volta das experiências passadas; o terceiro conjunto refletia as concepções dos participantes do que é um funcionamento psicológico positivo e o quarto e último conjunto debruçava-se sobre as percepções dos participantes sobre o processo de envelhecimento. Os resultados indicaram que ambos os grupos enfatizavam dimensões sociais (ter boas relações). O grupo da meia-idade considerou mais as dimensões do self (auto-confiança, auto-aceitação, auto-conhecimento) e os participantes mais velhos consideraram mais importante a aceitação das mudanças da vida. O grupo de meia-idade deu mais importância à carreira profissional e o grupo dos mais velhos enfatizou a saúde. Um dado interessante, relativamente ao grupo dos mais velhos, foi o das pessoas mais idosas não estarem descontentes com nada e não estarem interessadas em mudar a sua vida. Isto mostra que a velhice não é para muitos um tempo de insatisfação ou de infelicidade. No entanto, é difícil perceber se a vida realmente fica melhor com o envelhecimento ou se os idosos estão a adaptar-se ao que não podem mudar. Relativamente à diferença de géneros, as mulheres relataram ter mais pontos de viragem na sua vida e mais mudanças positivas e negativas com o envelhecimento. Contudo, parece haver maiores semelhanças entre homens e mulheres do que diferenças. Ryff (1989c) conclui, através deste estudo, que relações positivas, sentido de humor, o proveito

da vida e a aceitação das mudanças são critérios para o bem-estar e para o envelhecimento bem-sucedido.

### **1.3.3. Correlatos do Bem-estar Psicológico**

Os correlatos do bem-estar mais analisados são a idade, o género, o estado civil, o nível de educação, a saúde, o estado socioeconómico e a personalidade.

Relativamente à idade, Ryff (1995) chegou à conclusão que certas dimensões, como o domínio do ambiente e autonomia, aumentam com a idade. Todavia, outras dimensões como o crescimento pessoal e objetivos na vida diminuem, principalmente desde a meia-idade até à velhice. As dimensões relações positivas com os outros e aceitação de si não mostram diferenças significativas nos três grupos de idade (jovens adultos, meia-idade e velhice). Nas diferenças entre géneros, as únicas diferenças significativas encontradas consistem num maior desenvolvimento, no sexo feminino, nas dimensões de relações positivas com os outros e crescimento pessoal. Parece que as mulheres são mais robustas do que os homens em certos aspetos do bem-estar (Ryff, 1995).

Por cá, em Portugal, encontrou-se um padrão diferente na variável género relativamente às amostras norte-americanas estudadas. Verificou-se uma tendência à superioridade do sexo masculino, não se demonstrando, em nenhuma dimensão, superioridade por parte do sexo feminino. Os homens apresentam, “em maior grau que o sexo feminino, sentimentos de contínuo desenvolvimento, de valorização pessoal e de realização do seu potencial, e uma perceção de maior abertura a novas experiências e de enriquecimento do self ao longo do tempo” (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997, p.319). No que diz respeito à variável idade, não se verificaram diferenças significativas do nível de bem-estar global, nem foram verificadas grandes diferenças comparando à amostra de Ryff (1995). Foram encontradas semelhanças na dimensão domínio do meio, em todas as idades, sendo a que ocupa, em todas as faixas etárias, a posição inferior. A dimensão mais importante para todas as idades foi o crescimento pessoal, sendo o nível mais baixo atingido pelo grupo de idade mais avançada. A dimensão objetivos de vida atinge o seu auge entre os 30 e 49 anos, confirmando-se um decréscimo a partir destas idades. As restantes dimensões, autonomia, aceitação de si e relações positivas com os outros não revelaram variações significativas com a idade.



O casamento parece estar ligado também a algumas dimensões do bem-estar psicológico (Aceitação de si e objetivos na vida, Ryff, 1989b). Os indivíduos solteiros apresentam níveis superiores nas dimensões autonomia e crescimento pessoal.

Relativamente ao correlato da saúde, Ryff e Singer (1998 cit. por Novo, 2005) concluíram sobre a existência de relações estreitas entre o envolvimento interpessoal e a saúde em geral, no plano físico e mental.

Existe também a evidência de uma forte associação positiva entre todas as dimensões do bem-estar psicológico e o nível educacional. Machado e Bandeira (2012) concluem que a experiência de auto-realização é facilitada por melhores condições económicas e sociais e Ryff e Singer (2008) afirmam que o bem-estar psicológico e a educação apresentam uma associação positiva forte, com a associação a ser maior nas dimensões de objetivos na vida e crescimento pessoal. As pessoas com um estatuto socioeconómico mais baixo são mais propensas a ficarem doentes ou com incapacidades, para além das poucas oportunidades que têm para terem sucesso na vida. No entanto, está também estudado que aqueles com um estatuto socioeconómico mais baixo têm maior resiliência (Ryff et al., 2004 cit. por Ryff & Singer, 2008).

Schmutte e Ryff (1997) estudaram as associações entre a personalidade e o bem-estar psicológico e os resultados foram de encontro a estudos anteriores, com os traços de neuroticismo e de extroversão a surgirem como preditores consistentes de múltiplos aspetos do bem-estar psicológico, e a confirmar que a felicidade é produto de baixo neuroticismo e altas extroversão, amabilidade e conscienciosidade. O neuroticismo está associado negativamente com as dimensões de aceitação de si, domínio do meio, objetivos na vida e autonomia. A extroversão demonstrou uma associação positiva com todas as seis dimensões do bem-estar psicológico. O traço de conscienciosidade está relacionado de uma forma positiva com a aceitação de si, domínio do meio, objetivos na vida e autonomia. O traço de abertura à experiência também se encontra associado positivamente com as dimensões de crescimento pessoal, relações positivas com os outros e autonomia (Schmutte & Ryff, 1997).

Como vimos ao longo da contextualização teórica, as perceções do envelhecimento são moldadas pelas interações dos sistemas sociais e culturais que enfatizam os aspetos negativos da velhice, influenciando, desta forma, a auto-estima, a auto-imagem e o bem-estar do indivíduo. Neste âmbito, surge-nos como interesse estudar a relação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico, na meia-idade e na velhice.

## Capítulo 2. Objetivos e Hipóteses do Estudo

O objetivo geral desta investigação visa explorar e analisar as relações entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico, numa amostra de adultos na meia-idade e de adultos mais velhos integrados na comunidade.

De forma mais detalhada, os objetivos específicos do estudo e as respetivas hipóteses são os seguintes:

*Objetivo específico 1:* Descrição da auto-perceção do envelhecimento e da saúde, e do bem-estar psicológico na amostra estudada;

**Hipótese 1a:** Espera-se que as mudanças de saúde experienciadas com mais frequência sejam o abrandar do ritmo, as alterações nos olhos/visão e perda de força e as que sejam experienciadas com menos frequência sejam a depressão e ansiedade.

**Hipótese 1b:** Prevê-se que as mudanças de saúde atribuídas ao processo de envelhecimento, com mais frequência, sejam o abrandar de ritmo, dores nas articulações e perda de força e que as mudanças de saúde menos atribuídas ao envelhecimento sejam a depressão e ansiedade.

*Objetivo específico 2:* Analisar as diferenças na auto-perceção do envelhecimento e no bem-estar psicológico em função dos dois grupos de idade (meia-idade e velhice);

**Hipótese 2a:** Prevê-se que o grupo de adultos mais velhos obtenha uma pontuação mais elevada na escala de “experiência de mudanças relacionadas com a saúde” e que essas mudanças sejam explicadas por eles pelo facto de estarem a envelhecer.

**Hipótese 2b:** Prevê-se que os idosos apresentem um menor nível de desenvolvimento nas dimensões “crescimento pessoal” e “objetivos de vida” das Escalas de bem-estar psicológico de Ryff em comparação com o grupo da meia-idade.

**Hipótese 2c:** Espera-se que os idosos apresentem um maior nível de desenvolvimento na dimensão “autonomia” das Escalas de bem-estar psicológico de Ryff em comparação com o grupo da meia-idade.

*Objetivo específico 3:* Análise da relação entre a auto-percepção do envelhecimento e variáveis sociodemográficas;

**Hipótese 3a:** Espera-se que os homens tenham uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva que as mulheres.

**Hipótese 3b:** Prevê-se que os indivíduos com maior escolaridade apresentem melhores percepções do envelhecimento.

**Hipótese 3c:** Espera-se que os indivíduos com maior satisfação da sua situação económica atual apresentem melhores percepções do envelhecimento.

**Hipótese 3d:** Prevê-se que os indivíduos com uma melhor classificação do seu estado de saúde atual apresentem melhores percepções do envelhecimento.

*Objetivo específico 4:* Análise da relação entre as dimensões do bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas;

**Hipótese 4a:** Prevê-se que os homens apresentem um nível de bem-estar psicológico superior ao das mulheres.

**Hipótese 4b:** Espera-se que os indivíduos com maior escolaridade apresentem um maior bem-estar psicológico.

**Hipótese 4c:** Prevê-se que os indivíduos com maior satisfação com a sua situação económica atual apresentem um maior bem-estar psicológico.

**Hipótese 4d:** Espera-se que os indivíduos com uma melhor classificação do seu estado de saúde atual apresentem um maior bem-estar psicológico.

*Objetivo específico 5:* Analisar a associação entre a auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico, numa amostra de indivíduos com 40 ou mais anos, pertencentes à população normal e em contexto não institucional.

**Hipótese 5a:** Espera-se que os participantes com uma percepção do envelhecimento mais positiva tenham um bem-estar psicológico mais elevado.

**Hipótese 5b:** Prevê-se que exista uma associação positiva entre a subescala “*Consequências positivas*” e a dimensão “*Crescimento pessoal*” e uma associação negativa entre a subescala “*Consequências negativas*” e a dimensão “*Crescimento pessoal*”.

**Hipótese 5c:** Prevê-se que exista uma associação positiva entre a subescala “*Controlo positivo*” e a dimensão “*Domínio do meio*”.

**Hipótese 5d:** Espera-se que exista uma associação negativa entre a subescala “*Representações emocionais*” e a dimensão “*Aceitação de si*”.

## Capítulo 3. Metodologia

### 3.1. Participantes

A amostra do estudo é constituída por 35 participantes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 40 anos ( $M=59.09$ ;  $DP= 12.36$ ). Pela observação do Quadro 1, verifica-se que a grande maioria dos participantes pertence ao sexo feminino; é casado ou vive como tal; tem o ensino secundário completo; considera pouco satisfatória a sua situação económica e em termos de saúde atual descreve-a como boa e razoável.

**Quadro 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra (frequências e percentagens)

	Frequências	Percentagens
<b>Sexo</b>		
Feminino	28	80.0
Masculino	7	20.0
<b>Idade</b>		
40-59	17	48.6
60-85	18	51.4
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	3	8.6
Casado ou vivendo como tal	25	71.4
Viúvo (a)	4	11.4
Divorciado (a) ou separado (a)	3	8.6
<b>Escolaridade</b>		
Ensino básico incompleto	4	11.4
Ensino básico completo	7	20.0
Ensino secundário incompleto	4	11.4
Ensino secundário completo	11	31.4
Curso médio	2	5.7
Curso superior	5	14.3
Outro	2	5.7
<b>Vida Profissional</b>		
Reformado (a)	18	51.4
A trabalhar	17	48.6
<b>Situação Económica Atual</b>		
Satisfatória	12	34.3
Pouco Satisfatória	21	60.0
Nada satisfatória	2	5.7
<b>Estado de Saúde Atual</b>		
Muito bom	1	2.9
Bom	15	42.9
Razoável	14	40.0
Fraco	4	11.4
Mau	1	2.9

$N = 35$

### **3.2. Instrumentos**

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram os seguintes: Questionário Sociodemográfico; Questionário de Perceções do Envelhecimento (QPE), originalmente desenvolvido por Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007), traduzido e adaptado em Portugal por Claudino (2007); e Escalas de Bem-estar Psicológico de C. Ryff, originalmente desenvolvido por Ryff (1989b), traduzido e adaptado em Portugal por Novo, Duarte-Silva e Peralta (1997).

#### **3.2.1. Questionário Sociodemográfico**

De modo a ser possível sistematizar informação sociodemográfica e psicossocial mais específica dos participantes, foi administrado o Questionário Sociodemográfico (Ver anexo 1). Através deste questionário foi possível recolher informação relativamente à idade dos participantes, ao género, a zona de residência, a escolaridade, a profissão, o estado civil, a situação familiar e interpessoal, a situação económica e ocupacional, as crenças religiosas e a percepção do estado de saúde.

#### **3.2.2. Questionário de Perceções do Envelhecimento (QPE)**

O QPE é um instrumento que tem com referencial teórico o Modelo de Auto-regulação de Leventhal, cujo objetivo consiste na avaliação da auto-percepção do envelhecimento. Este questionário contribui para uma maior compreensão da experiência subjetiva do envelhecimento e ajuda a identificar casos de maior risco e vulnerabilidade durante este processo. O postulado do QPE é que o processo de envelhecimento enquadra-se numa das fases normativas do curso de vida, o que implica o surgimento de desafios ao indivíduo que terão de ser geridos, por este, para uma adaptação com sucesso (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey & Conroy, 2007).

O QPE é constituído por 49 itens apresentados sob a forma de frases afirmativas e organizadas em duas partes: uma primeira parte relativa às *Opiniões sobre Envelhecer* (do item 1 ao 32), cujas respostas são dadas através de uma escala de Likert de 5 pontos, que vai desde o 1 que representa “Discordo Fortemente” até ao 5 que representa

“Concordo fortemente”; a segunda parte debruça-se sobre a *Experiência de Mudanças Relacionadas com a Saúde* (do item Id1 ao Id17), utilizando respostas de forma dicotômica (Sim ou Não).

Este questionário está dividido em 8 subescalas distintas (sendo as primeiras 7 escalas calculadas a partir dos 32 itens da Parte A e a 8ª escala, e última escala, com base nos últimos 17 itens correspondentes à parte B):

**Duração:** aspetos relacionados com a percepção do indivíduo acerca do seu envelhecimento e da sua experiência do processo, ao longo do tempo. A Duração possui duas sub-escalas: Duração Crónica, que se refere à medida na qual o envelhecimento ou a consciência da idade são de natureza crónica (composta por 5 itens); e Duração Cíclica, que diz respeito a variações sentidas pelo sujeito na consciência do envelhecimento (composta por 5 itens).

**Consequências:** crenças sobre o impacto do envelhecimento, em vários domínios, na vida do indivíduo. As consequências apresentam duas sub-escalas: Consequências Positivas, prevendo-se experiências positivas que estão ligadas a uma maior criatividade e a um maior bem-estar subjetivo (composta por 3 itens); e Consequências Negativas, prevendo-se experiências negativas ligadas a um menor bem-estar subjetivo e associada à depressão (composto por 5 itens).

**Controlo:** crenças pessoais acerca dos modos de se lidar com a experiência do envelhecimento. Inclui duas sub-escalas: Controlo Positivo, associado ao controlo sobre experiências positivas relacionadas com o envelhecimento (composta por 5 itens); Controlo Negativo, ligado ao controlo sobre experiências negativas relacionadas com o envelhecimento (composto por 4 itens).

**Representações Emocionais:** resposta emocional do indivíduo gerada pela percepção do envelhecimento, sendo representada por emoções negativas, tais como, ansiedade, depressão, medo, raiva e tristeza (composta por 5 itens).

**Identidade:** crenças sobre a relação entre o envelhecimento e as alterações na saúde nos vários domínios gerais de funcionamento (composta por 17 itens).

No que diz respeito às propriedades psicométricas, o QPE apresenta coeficientes alfa de Cronbach situados acima de .70 e tipicamente superando o valor de .80, o que indica uma considerável consistência interna e confiança nos resultados obtidos (Barker,

O'Hanlon, McGee, Hickey & Conroy, 2007). Na escala de Identidade, o autor não procedeu ao estudo da consistência interna porque esta consiste numa série de diferentes alterações relacionadas com a saúde.

Assim, o QPE apresenta-se como um instrumento dotado de boas propriedades psicométricas para avaliar os diferentes tipos de auto-perceção do envelhecimento.

### **3.2.3. Escalas de Bem-estar Psicológico de C. Ryff**

As Escalas de Bem-estar Psicológico consistem num instrumento que tem como referencial o modelo teórico multidimensional de Ryff (1989b) e como objetivo operacionalizar as seis dimensões de bem-estar psicológico. Este instrumento, tal como o modelo, integra seis dimensões, cada uma delas avaliada numa escala específica: aceitação de si, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do meio, objetivos na vida e crescimento pessoal. Na versão original, foram desenvolvidos 80 itens para cada escala, escritos sob a forma de auto-descrições que refletissem as definições teóricas subjacentes ao constructo e aplicáveis a adultos de ambos os sexos e de qualquer faixa etária (Machado & Bandeira, 2012). Análises preliminares descartaram itens através de critérios de exclusão, entre os quais foram considerados a ambiguidade ou redundância dos itens, o não se inserir na definição da escala e a pouca diferenciação relativa às outras escalas. Desta forma foram mantidos 32 itens por escala (16 positivos e 16 negativos). Estes itens foram aplicados a uma amostra de 312 adultos jovens, de meia-idade e idosos. Os participantes responderam de acordo com uma escala Likert de 1 (discordo fortemente) a 6 (concordo fortemente). De forma a ser possível controlar as atitudes de resposta, nomeadamente, a tendência à aquiescência, metade dos itens são positivos e, a outra metade, negativos. O instrumento foi novamente reduzido, ao serem descartados itens que apresentaram baixa correlação com a sua dimensão original e que, eventualmente, se correlacionassem fortemente com outras dimensões. Acabou, assim, por se organizar um instrumento com 20 itens por cada escala. As escalas demonstraram um bom desempenho psicométrico, apresentando medidas de precisão com a aplicação do Alpha de Cronbach, com valores entre .86 (para a autonomia) e .93 (para a aceitação de si) (Ryff, 1989b).



Posteriormente foram desenvolvidas versões alternativas e mais breves das Escalas de Bem-estar Psicológico. Uma versão de 84 itens (14 itens por escala, Ryff & Essex, 1992), escolhida para o presente estudo, outra versão de 18 itens (3 por dimensão, Ryff & Keyes, 1995) e, por último, uma versão de 54 itens (9 por dimensão). Todas as versões mencionadas têm demonstrado bons parâmetros psicométricos e correlações elevadas com a escala original.

A tradução para Português, efetuada por Novo, Duarte-Silva e Peralta (1997), teve como objetivo manter a formulação original dos itens, adaptando-os, quando necessário, à nossa realidade sócio-cultural. A análise da precisão é bastante satisfatória, com valores do coeficiente Alpha de Cronbach oscilando entre .74 e .86 para as diferentes escalas. Da inter-correlação dos resultados das seis escalas, resultam coeficientes entre .28 e .74. Desta forma, é possível considerar que há uma relação de grau moderado entre as diversas escalas, sem que haja uma redundância das medidas e, ainda, que há indicação de equivalência de conteúdo entre a versão original e a versão de língua Portuguesa (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997).

### **3.3. Procedimento**

Os dados foram recolhidos entre Março de 2014 e Maio de 2014. A amostra foi recolhida na Universidade Sénior de Loures e junto de participantes voluntários, com idade igual ou superior a 40 anos, pertencentes à população dita normal e não institucionalizados, tratando-se, deste modo, de uma amostra de conveniência, recolhida também a partir da esfera relacional da investigadora.

Em ambos os casos, foram enviados os questionários, num envelope, incluindo o consentimento informado, e uma carta que agradecia a participação, expondo o objetivo do estudo e a garantia de confidencialidade no tratamento dos dados.

A amostra inclui participantes de diferentes áreas geográficas (por exemplo, Loures, Lisboa, Setúbal, Oliveira de Azeméis e Castelo Branco).

Foi, igualmente, referido que, na eventualidade de alguma dúvida, estaria assegurada a disponibilidade para esclarecimentos por parte da investigadora.

### **3.4. Procedimento Estatístico**

No presente estudo, os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 22). Desta forma, foram realizados diversos procedimentos estatísticos: análise descritiva, análise correlacional e análise de diferenças entre grupos.

De forma a averiguar se a distribuição era normal foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

A estatística descritiva procurou caracterizar os dados sociodemográficos da amostra e os resultados obtidos com a aplicação dos dois instrumentos. Procedeu-se ao cálculo das médias, desvios-padrão, frequências e percentagens, atendendo às características das variáveis em causa.

A análise de correlação bivariada é justificada pela pertinência, uma vez que o presente estudo corresponde a um estudo correlacional. Dada à distribuição não normal dos resultados, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman para a análise correlacional bivariada. Este procedimento foi utilizado com o objetivo de explorar a possível associação entre as dimensões do bem-estar psicológico e dos aspetos da auto-perceção do envelhecimento.

De forma a verificar se havia diferenças significativas entre os grupos, realizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes (devido à distribuição não normal), visto que não se verificaram os pressupostos para a aplicação de um teste paramétrico. Para as variáveis em que se constituíam mais do que dois grupos, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis, tendo-se realizado seguidamente comparações múltiplas entre grupos, sempre que se verificaram diferenças estatisticamente significativas, cruzando pois todos os grupos entre si, de forma a ser possível apurar onde residia a diferença.

## Capítulo 4. Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados que pretenderam dar resposta aos objetivos e hipóteses, apresentados anteriormente. Assim, procede-se à descrição dos resultados obtidos relativamente à auto-perceção do envelhecimento, ao bem-estar psicológico e, por fim, à relação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico.

### 4.1. Caracterização da auto-perceção na amostra total

Com efeito de caracterizar a auto-perceção do envelhecimento dos participantes da amostra em estudo foi aplicado o questionário QPE. Os resultados da análise descritiva apresentam-se no quadro 2.

**Quadro 2.** Caracterização da auto-perceção do envelhecimento na amostra total

	M	DP	Mdn
Duração crónica	2.81	.512	3.00
Duração cíclica	2.82	.649	2.80
Consequências positivas	3.87	.611	4.00
Consequências negativas	3.11	.742	3.00
Controlo positivo	3.78	.515	4.00
Controlo negativo	2.96	.534	3.00
Representações emocionais	2.57	.763	2.40
Identidade A	6.11	3.59	5.00
Identidade B	3.50	3.40	2.00

*N=35*

#### 4.1.1. Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade

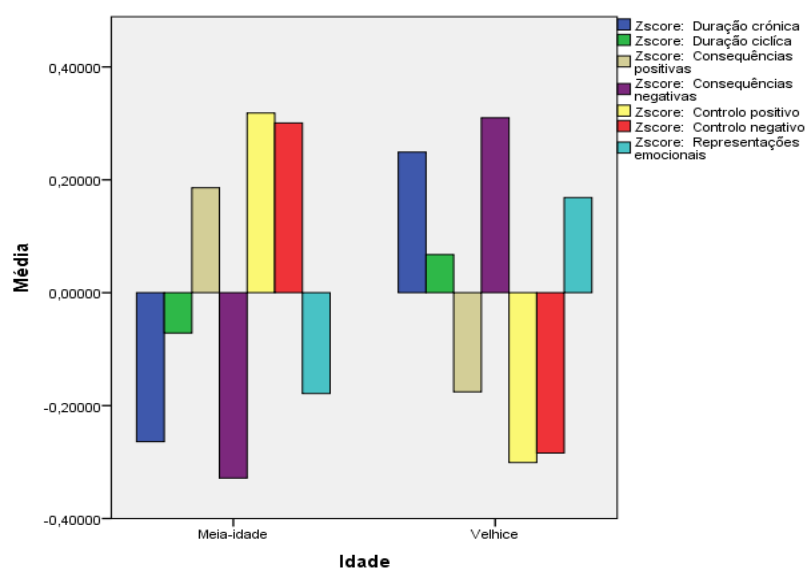
De seguida, caracteriza-se a auto-perceção do envelhecimento em função da idade. O quadro 3 dá informação sobre a média, desvio padrão e mediana das subescalas do QPE, distinguindo indivíduos da meia-idade e velhice.

**Quadro 3.** Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade

	Idade	M	DP	Mdn
Duração crónica	Meia-idade <sup>a</sup>	-.267*	.976*	2.60
	Velhice <sup>b</sup>	.249*	.984*	3.10
Duração cíclica	Meia-idade	-.072*	.993*	2.60
	Velhice	.068*	1.031*	2.90
Consequências positivas	Meia-idade	.186*	.733*	4.00
	Velhice	-.176*	1.194*	4.00
Consequências negativas	Meia-idade	-.328*	.802*	2.80
	Velhice	-.176*	1.084*	3.60
Controlo positivo	Meia-idade	.318*	.527*	4.00
	Velhice	-.301*	1.194*	3.70
Controlo negativo	Meia-idade	.301*	.893*	3.00
	Velhice	-.284*	1.089*	2.88
Representações emocionais	Meia-idade	-.179*	1.082*	2.40
	Velhice	.168*	.914*	2.50
Identidade A	Meia-idade	4.35	3.18	4.00
	Velhice	7.78	3.19	8.00
Identidade B	Meia-idade	1.88	2.25	1.00
	Velhice	4.94	3.64	5.00

$N=35$ ;  $n^a=17$ ;  $n^b=18$

\* Utilizados notas  $z$  (devido às sub-escalas não serem constituídas pelo mesmo número de itens, e para se poderem estabelecer comparações entre as referidas sub-escalas)

**Figura 1.** Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade (notas  $z$ )

Visto que os pressupostos da normalidade não se verificaram, procedeu-se à análise da auto-perceção do envelhecimento em função da idade através do teste não-

paramétrico Mann-Whitney. Verifica-se, no quadro 3 e na figura 1, que o grupo da meia-idade apresenta resultados mais elevados nas sub-escalas Consequências positivas, Controlo positivo e Controlo negativo. O grupo da velhice apresenta resultados mais elevados nas sub-escalas Duração crónica, Duração cíclica, Consequências negativas e Representações emocionais. O mesmo se passa no que diz respeito à Identidade A e Identidade B. Nas sub-escalas Identidade A e Identidade B, encontrou-se uma diferença significativa, sendo que o grupo da velhice ( $Mdn=22.53$ ) experienciou mais mudanças relacionadas com a saúde do que o grupo da meia-idade ( $Mdn=13.21$ ),  $U=71.500$ ,  $z = -2.707$ ,  $p = .006$ . Nos adultos mais velhos ( $Mdn=21.69$ ), essas mudanças na saúde são mais apontadas pelo facto de estarem a envelhecer do que nos adultos da meia-idade ( $Mdn=12.78$ ),  $U=68.500$ ,  $z= -2.634$ ,  $p= .008$ ).

#### 4.1.2. Caracterização da auto-percepção do envelhecimento em função do género

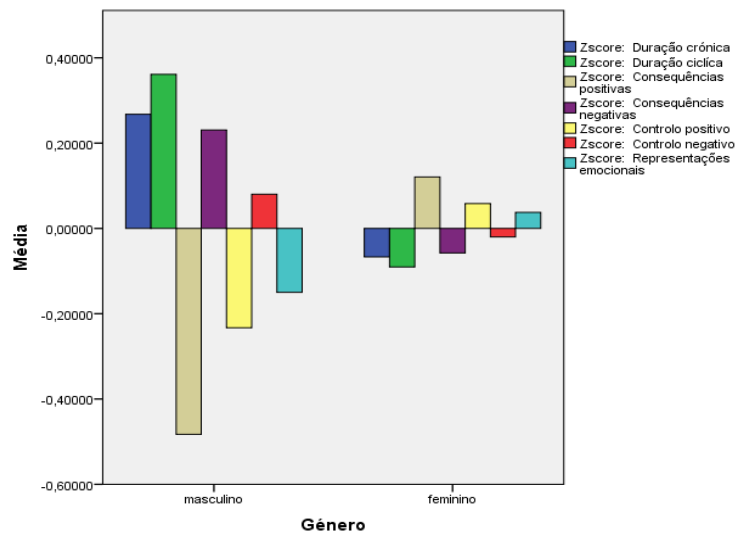
**Quadro 4.** Caracterização da auto-percepção do envelhecimento em função do género

	Género	M	DP	Mdn
Duração crónica	Masculino <sup>a</sup>	.268*	.835*	3.20
	Feminino <sup>b</sup>	-.067*	1.039*	2.80
Duração cíclica	Masculino	.361*	.954*	3.40
	Feminino	-.090*	1.007*	2.80
Consequências positivas	Masculino	-.483*	1.122*	3.67
	Feminino	.121*	.951*	4.00
Consequências negativas	Masculino	.231*	1.109*	3.60
	Feminino	-.058*	.984*	3.00
Controlo positivo	Masculino	-.233*	1.137*	4.00
	Feminino	.058*	.977*	4.00
Controlo negativo	Masculino	.080*	1.147*	3.00
	Feminino	-.020*	.982*	3.00
Representações emocionais	Masculino	-.149*	1.150*	2.40
	Feminino	.037*	.979*	2.50
Identidade A	Masculino	5.29	3.04	5.00
	Feminino	6.32	3.73	5.50
Identidade B	Masculino	3.00	1.10	3.00
	Feminino	3.61	3.72	2.00

$N=35$ ;  $n^a=7$ ;  $n^b=28$

\* Utilizados notas z (devido às sub-escalas não serem constituídas pelo mesmo número de itens, e para se poderem estabelecer comparações entre as referidas sub-escalas)

**Figura 2.** Caracterização da auto-percepção do envelhecimento em função do género (notas z)



Verifica-se, no quadro 4 e na figura 2, que os participantes do sexo feminino apresentam resultados mais elevados nas sub-escalas Consequências positivas, Controlo positivo, Representações emocionais, Identidade A e Identidade B. Verifica-se, ainda, que os do sexo masculino apresentam resultados mais elevados nas sub-escalas Duração crónica, Duração cíclica, Consequências negativas e Controlo negativo. No entanto, estas diferenças não foram significativas.

#### 4.1.3. Caracterização das mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento

No quadro 5 apresentam-se as frequências das queixas de saúde (associadas à Identidade A) e, quando ocorridas, a frequência da atribuição dessas queixas ao envelhecimento (associadas à Identidade B).

**Quadro 5.** Experiência de mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento

Mudanças na saúde	Frequência	
	Experienciou esta mudança	Atribui a mudança ao envelhecimento
Problemas de peso	48.6	14.3
Problemas em dormir	48.6	8.6
Hérnia discal	22.9	8.6
Dores nas articulações	57.1	45.7
Dificuldade em movimentar-se	28.6	22.9
Perda do equilíbrio	14.3	14.3
Perda de força	42.9	22.9
Abrandar o ritmo	54.3	34.3
Cãibras	25.7	17.1
Problemas ossos/articulações	60.0	42.9
Problemas coração	8.6	2.9
Problemas ouvidos/ouvir	25.7	22.9
Alterações olhos/visão	74.3	51.4
Problemas respiratórios	11.4	8.6
Problemas nos pés	34.3	14.3
Depressão	22.9	2.9
Ansiedade	31.4	5.7

*N=35*

É possível verificar, através do quadro 5, que as queixas predominantes, na amostra estudada, são as alterações nos olhos/visão, os problemas nos ossos/articulações e as dores nas articulações. Os problemas de coração, a depressão, a ansiedade, os problemas respiratórios, os problemas em dormir e a hérnia discal são os problemas menos vezes referidos como decorrentes do processo de envelhecimento.

**4.1.4. Caracterização das mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento em função da idade**

No quadro 6, apresentam-se as frequências das queixas de saúde tendo em conta a idade (meia-idade e velhice).

**Quadro 6.** Experiência de mudança na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento em função da idade

Mudanças na saúde	Meia-Idade <sup>a</sup>		Velhice <sup>b</sup>	
	Frequência		Frequência	
	Experienciou	Atribui a	Experienciou	Atribui a
	esta mudança	mudança ao envelhecimento	esta mudança	mudança ao envelhecimento
Problemas de peso	52.9	0.00	44.4	27.8
Problemas em dormir	35.3	0.00	61.1	16.7
Hérnia discal	23.5	5.9	22.2	11.1
Dores nas articulações	52.9	35.3	61.1	55.6
Dificuldade em movimentar-se	11.8	5.9	44.4	38.9
Perda do equilíbrio	0.00	0.00	27.8	27.8
Perda de força	17.6	5.9	66.7	38.9
Abrandar o ritmo	29.4	17.6	77.8	50.0
Cãibras	11.8	0.00	38.9	33.3
Problemas ossos/articulações	41.2	29.4	77.8	55.6
Problemas coração	5.9	0.00	11.1	5.6
Problemas ouvidos/ouvir	0.00	0.00	50.0	38.6
Alterações olhos/visão	64.7	58.8	83.3	44.4
Problemas respiratórios	5.9	0.00	16.7	16.7
Problemas nos pés	29.4	5.9	38.9	22.2
Depressão	23.5	0.00	22.2	5.6
Ansiedade	29.4	5.9	33.3	5.6

$N=35$ ;  $n^a= 17$ ;  $n^b=18$

Os resultados obtidos revelam que as queixas de saúde preponderantes, no grupo da meia-idade, são alterações nos olhos/visão, problemas de peso e dores nas articulações. Verifica-se que as queixas de saúde atribuídas ao envelhecimento, no grupo da meia-idade, são alterações nos olhos /visão e dores nas articulações. As queixas de saúde referidas pelo grupo da velhice consistem nas alterações nos olhos/visão, problemas nos ossos/articulações e o abrandamento do ritmo. As queixas atribuídas ao envelhecimento com mais frequência foram problemas nos ossos/articulações, dores nas articulações e alterações nos olhos/visão.



A análise das frequências das respostas às mudanças na saúde, referidas pelos dois grupos de idade (Quadro 6), evidencia que esses grupos não são homogêneos no que se refere às dificuldades em movimentar-se ( $\chi^2(1) = 4.58, p < .05$ ), à perda do equilíbrio ( $\chi^2(1) = 5.01, p < .05$ ), à perda de força ( $\chi^2(1) = 8.58, p < .01$ ), ao abrandar o ritmo ( $\chi^2(1) = 8.24, p < .01$ ), aos problemas nos ossos ou nas articulações ( $\chi^2(1) = 4.88, p < .05$ ) e aos problemas nos ouvidos ou em ouvir ( $\chi^2(1) = 11.44, p < .01$ ). Relativamente à atribuição dos seus problemas de saúde ao envelhecimento, verificou-se a heterogeneidade dos grupos no que se refere aos problemas de peso ( $\chi^2(1) = 7.97, p < .01$ ).

Testando as diferenças na Identidade A (número total de queixas de saúde referidas) e Identidade B (número total de queixas de saúde atribuídas ao envelhecimento) entre o grupo de idades, com recurso ao teste de Mann-Whitney (devido à distribuição não normal dos resultados), verificaram-se diferenças significativas nos resultados obtidos (Identidade A:  $U=71.500, z = -2.707, p < .01$ ; Identidade B:  $U= 68.500, z = -2.634, p < .01$ ), sendo o grupo da velhice o que apresenta mais queixas (Mdn = 13.21, no grupo da meia-idade; Mdn = 22.53, no grupo da velhice) e que as atribui ao processo de envelhecimento (Mdn = 12.78, no grupo da meia-idade; Mdn = 21.69, no grupo da velhice).

#### 4.1.5. Caracterização das mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento em função do género

**Quadro 7.** Experiência de mudanças na saúde e atribuição das mudanças ao envelhecimento em função do género

Mudanças na saúde	Masculino <sup>a</sup>		Feminino <sup>b</sup>	
	Frequência		Frequência	
	Experienciou	Atribui a	Experienciou	Atribui a
	esta mudança	mudança ao envelhecimento	esta mudança	mudança ao envelhecimento
Problemas de peso	28.6	14.3	53.6	14.3
Problemas em dormir	42.9	0.00	50.0	10.7
Hérnia discal	42.9	14.3	17.9	7.1
Dores nas articulações	71.4	57.1	53.6	42.9
Dificuldade em movimentar-se	28.6	14.3	28.6	25.0
Perda do equilíbrio	0.00	0.00	17.9	82.1
Perda de força	28.6	0.00	46.4	28.6
Abrandar o ritmo	71.4	57.1	50.0	28.6
Cãibras	0.00	0.00	32.1	21.4
Problemas ossos/articulações	57.1	28.6	60.7	46.4
Problemas coração	0.00	0.00	10.7	3.6
Problemas ouvidos/ouvir	42.9	28.6	21.4	78.6
Alterações olhos/visão	57.1	42.9	78.6	53.6
Problemas respiratórios	14.3	0.00	10.7	10.7
Problemas nos pés	14.3	0.00	39.3	17.9
Depressão	14.3	0.00	25.0	3.6
Ansiedade	14.3	0.00	35.7	7.1

N= 35; n<sup>a</sup>= 7; n<sup>b</sup>= 28

No quadro 7, apresentam-se as frequências das queixas de saúde em função do género. As queixas de saúde com maior frequência nos homens são as dores nas articulações e o abrandamento do ritmo, sendo que estas são também mais atribuídas ao facto de estar a envelhecer. Por outro lado, as alterações nos olhos/visão e os problemas nos ossos/articulações foram as queixas de saúde expostas pelas mulheres. As queixas

associadas ao envelhecimento, por parte das mulheres, foram a perda do equilíbrio, os problemas nos ouvidos/ouvir e as alterações nos olhos/visão.

Comparando as queixas de saúde referidas por homens e por mulheres através da estatística inferencial, verificou-se uma homogeneidade entre os dois grupos, sendo estas queixas independentes do género.

Após a aplicação do teste Mann-Whitney verificou-se que, relativamente ao género, os resultados obtidos na sub-escala Identidade A e Identidade B não apresentam diferenças significativas.

#### **4.2. Caracterização do bem-estar psicológico na amostra total**

De seguida, caracteriza-se o bem-estar psicológico na amostra estudada. O quadro 8 dá informação sobre a média, desvio padrão e mediana das subescalas da Escala de bem-estar psicológico.

**Quadro 8.** Caracterização do bem-estar psicológico na amostra total

	M	DP	Mdn
Autonomia	64.06	8.51	64.00
Domínio do meio	59.63	7.15	58.00
Crescimento pessoal	64.46	9.28	65.00
Relações positivas	62.49	9.77	63.00
Objetivos na vida	61.57	11.74	63.00
Aceitação de si	58.80	11.09	60.00
Bem-estar psicológico	371.00	44.85	374.00

*N*=35

Verifica-se que as dimensões com valores mais elevados são o Crescimento pessoal, a Autonomia e as Relações positivas. Por outro lado, as dimensões com os resultados mais baixos são a Aceitação de si e o Domínio do meio.

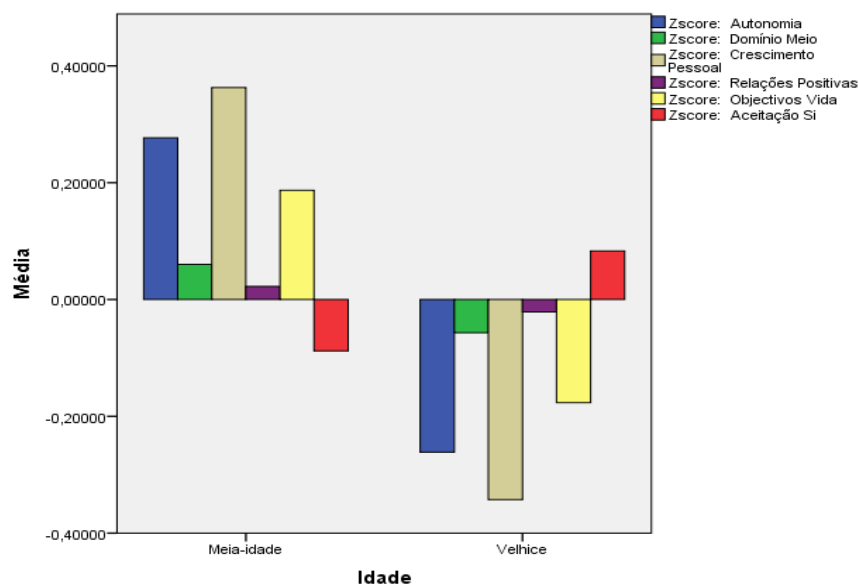
#### 4.2.1. Caracterização do bem-estar psicológico em função da idade

**Quadro 9.** Caracterização do bem-estar psicológico em função da idade

	Idade	M	DP	Mdn
Autonomia	Meia-idade <sup>a</sup>	66.41	9.45	68.00
	Velhice <sup>b</sup>	61.83	7.07	60.50
Domínio do meio	Meia-idade	60.06	8.24	59.00
	Velhice	59.22	6.17	57.00
Crescimento pessoal	Meia-idade	67.82	7.55	67.00
	Velhice	61.28	9.82	62.50
Relações positivas	Meia-idade	62.71	10.09	67.00
	Velhice	62.28	9.74	61.50
Objetivos na vida	Meia-idade	63.76	10.91	63.00
	Velhice	59.50	12.42	62.50
Aceitação de si	Meia-idade	57.82	12.53	57.00
	Velhice	59.72	9.82	60.50
Bem-estar psicológico	Meia-idade	378.59	47.30	380.00
	Velhice	363.83	42.49	367.50

$N=35$ ;  $n^a=17$ ;  $n^b=18$

**Figura 3.** Caracterização do bem-estar psicológico em função da idade (notas z)



O grupo da meia-idade apresenta resultados mais elevados nas escalas Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas com os outros, Objectivos na vida e Bem-estar psicológico global. Verifica-se, também, que o grupo da velhice

apresenta resultados mais elevados na escala Aceitação de si. Na sub-escala Crescimento pessoal encontrou-se uma diferença significativa, o grupo da meia-idade ( $Mdn=21.65$ ) tem um maior desenvolvimento pessoal contínuo e está mais aberto a novas experiências do que o grupo dos idosos ( $Mdn=14.56$ ),  $U=91.000$ ,  $z = -2.049$ ,  $p = .041$ .

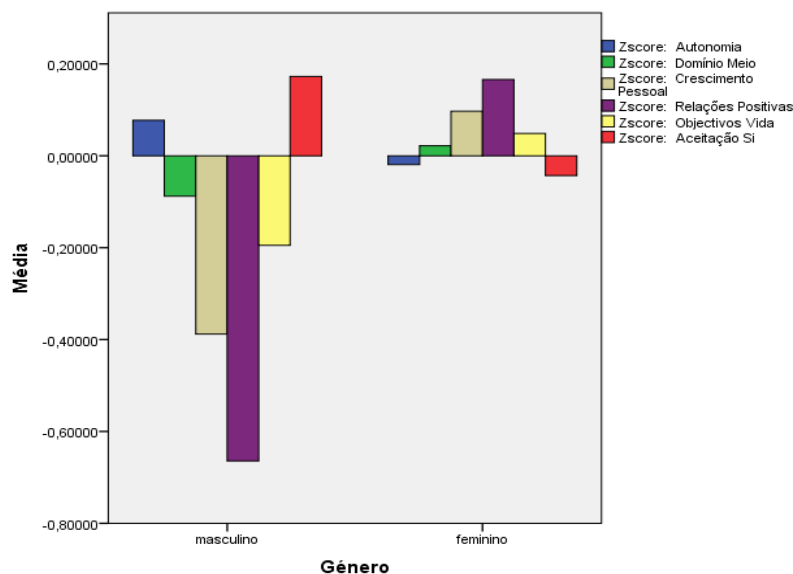
#### 4.2.2. Caracterização do bem-estar psicológico em função do género

**Quadro 10.** Caracterização do bem-estar psicológico em função do género

	Género	M	DP	Mdn
Autonomia	Masculino <sup>a</sup>	64.71	10.78	65.00
	Feminino <sup>b</sup>	63.89	8.07	64.00
Domínio do meio	Masculino	59.00	6.81	59.00
	Feminino	59.79	7.35	57.50
Crescimento pessoal	Masculino	60.86	10.11	60.00
	Feminino	65.36	9.03	65.50
Relações positivas	Masculino	56.00	10.65	57.00
	Feminino	64.11	9.02	63.50
Objetivos na vida	Masculino	59.29	10.31	58.00
	Feminino	62.14	12.17	63.00
Aceitação de si	Masculino	60.71	8.99	59.00
	Feminino	58.32	11.65	60.50
Bem-estar psicológico	Masculino	360.57	47.76	378.00
	Feminino	373.61	44.62	373.50

$N=35$ ;  $n^a=7$ ;  $n^b=28$

**Figura 4.** Caracterização do bem-estar psicológico em função do género (notas z)



Relativamente ao género, verifica-se, no quadro 10 e na figura 4, que as mulheres apresentam resultados mais elevados nas escalas Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas com os outros, Objetivos na vida e Bem-estar psicológico total. Os homens apresentam resultados mais elevados nas escalas Autonomia e Aceitação de si. Não foram encontradas contudo diferenças significativas em função do género.

### 4.3. Resultados Correlacionais

#### 4.3.1. Resultados correlacionais da auto-perceção do envelhecimento em função da escolaridade, situação económica atual, e estado de saúde atual

De forma a poder analisar as associações existentes entre as sub-escalas da auto-perceção do envelhecimento e a escolaridade, situação económica atual e o estado de saúde atual, realizou-se o cálculo da correlação de Spearman. Os resultados obtidos relativamente à associação entre as variáveis encontram-se descritos no quadro 11.

**Quadro 11.** Análise correlacional do QPE, escolaridade, situação económica e estado de saúde

	Escolaridade	Situação económica	Estado de saúde
Duração Crónica	-.295	.314	-.267
Duração Cíclica	-.093	.135	-.240
Consequências positivas	<b>.412*</b>	.034	-.046
Consequências negativas	-.161	.298	<b>-.561**</b>
Controlo positivo	.166	-.022	<b>.502**</b>
Controlo negativo	-.037	-.138	.066
Representações emocionais	.084	.104	-.312
Identidade A	-.086	.023	<b>-.340*</b>
Identidade B	-.164	.034	-.281

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

$N=35$

No que diz respeito à relação entre o nível de escolaridade e a perceção do envelhecimento, verifica-se uma correlação significativa com a sub-escala *Consequências positivas* ( $r_s = .41$ ,  $p < .05$ ). Não se encontraram correlações significativas com a variável situação económica atual. Relativamente à relação entre o estado de saúde atual e a perceção do envelhecimento, verifica-se uma correlação significativa com as

sub-escalas *Consequências negativas* ( $r_s = -.56$ ,  $p < .01$ ), *Controlo positivo* ( $r_s = .50$ ,  $p < .01$ ) e *Identidade A* ( $r_s = .34$ ,  $p < .05$ ).

#### 4.3.2. Resultados correlacionais do bem-estar psicológico em função da escolaridade, situação económica atual, e estado de saúde atual

Para a análise da associação entre as dimensões do bem-estar psicológico e a escolaridade, situação económica atual e o estado de saúde atual, realizou-se o cálculo de correlação de Spearman. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 12.

**Quadro 12.** Análise correlacional do BEP, escolaridade, situação económica e estado de saúde

	Escolaridade	Situação económica	Estado de saúde
Autonomia	.125	.079	<b>.418*</b>
Domínio do Meio	.027	-.217	<b>.454**</b>
Crescimento pessoal	<b>.533**</b>	-.311	.280
Relações positivas	<b>.338*</b>	<b>-.511**</b>	<b>.379*</b>
Objetivos na vida	.184	<b>-.370*</b>	<b>.340*</b>
Aceitação de si	-0.29	<b>-.449**</b>	<b>.452**</b>
Bem-estar psicológico	.232	<b>-.386*</b>	<b>.515**</b>

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

$N=35$

No que diz respeito à relação entre o nível de escolaridade e o bem-estar psicológico, verificaram-se correlações significativas com as dimensões *Crescimento pessoal* ( $r_s = .53$ ,  $p < .01$ ) e *Relações positivas* ( $r_s = .34$ ,  $p < .05$ ). Relativamente à relação entre a variável situação económica e o *Bem-estar psicológico global*, encontraram-se correlações significativas com as dimensões *Relações positivas* ( $r_s = -.51$ ,  $p < .01$ ), *Objetivos na vida* ( $r_s = -.37$ ,  $p < .05$ ), *Aceitação de si* ( $r_s = -.45$ ,  $p < .01$ ) e *Bem-estar psicológico global* ( $r_s = -.39$ ,  $p < .05$ ). Por último, foram encontradas correlações significativas na relação entre a variável estado de saúde atual e o bem-estar psicológico, nas dimensões *Autonomia* ( $r_s = .42$ ,  $p < .05$ ), *Domínio do meio* ( $r_s = .45$ ,  $p < .01$ ), *Relações positivas* ( $r_s = .38$ ,  $p < .01$ ), *Objetivos na vida* ( $r_s = .34$ ,  $p < .01$ ), *Aceitação de si* ( $r_s = .45$ ,  $p < .01$ ) e *Bem-estar psicológico global* ( $r_s = .52$ ,  $p < .01$ ).

### 4.3.3. Análise da relação entre a auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico

Para a análise da associação entre as sub-escalas da auto-percepção do envelhecimento e as dimensões do bem-estar psicológico, realizou-se o cálculo da correlação de Spearman entre os instrumentos QEP e Escalas de bem-estar psicológico. Os resultados obtidos relativamente à associação entre as variáveis encontram-se descritos no quadro 13.

**Quadro 13.** Análise da relação entre a auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico

	Auto- nomia	Dom. Meio	Cresc. Pessoal	Relações Positivas	Objetivos na vida	Aceitação de si	BEP
Dur. Crón.	-.284	-.329	<b>-.541**</b>	<b>-.383*</b>	<b>-.414*</b>	<b>-.530**</b>	<b>-.515**</b>
Dur. Cícl.	-.202	-.221	<b>-.346*</b>	<b>-.367*</b>	<b>-.349*</b>	<b>-.385*</b>	<b>-.395*</b>
Cons. Posit.	.120	.101	<b>.483**</b>	.273	.168	.142	.265
Cons. Negat.	<b>-.404*</b>	<b>-.529**</b>	<b>-.494**</b>	<b>-.365*</b>	<b>-.590**</b>	<b>-.571**</b>	<b>-.647**</b>
Contr. Posit.	<b>.536**</b>	<b>.530**</b>	.293	.212	<b>.401*</b>	<b>.512**</b>	<b>.551**</b>
Contr. Negat.	.037	.082	.182	.161	<b>.399*</b>	.215	.257
Rep. Emoc.	<b>-.553**</b>	<b>-.511**</b>	-.086	.034	-.250	<b>-.525**</b>	<b>-.421*</b>
Ident.A	-.128	<b>-.363*</b>	-.109	.024	-.182	-.289	-.206
Ident.B	<b>-.342*</b>	<b>-.368*</b>	-.318	-.234	-.235	-.276	<b>-.357*</b>
Ident.	-.250	-.272	-.251	.226	-.192	-.137	-.274

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

$N=35$



**Quadro 14.** Análise da relação entre a auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico no grupo da meia-idade

	Dur. Crón.	Dur. Cícl.	Cons. Posit.	Cons. Negat.	Contr. Posit.	Contr. Negat.	Rep. Emoc.	Ident. A	Ident. B
BEP	-.463	-.352	.303	<b>-.641**</b>	.419	-.217	-.328	.050	-.106

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

$N = 17$

Relativamente à relação entre auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico no grupo da meia idade, verificou-se uma correlação significativa com sub-escala *Consequências negativas* ( $r_s = -.64$ ,  $p < .01$ ).

**Quadro 15.** Análise da relação entre a auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico no grupo da velhice

	Dur. Crón.	Dur. Cícl.	Cons. Posit.	Cons. Negat.	Contr. Posit.	Contr. Negat.	Rep. Emoc.	Ident. A	Ident. B
BEP	<b>-.546*</b>	-.455	.181	<b>-.683**</b>	<b>.595**</b>	<b>.718**</b>	-.436	-.280	-.468

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

$N = 18$

Relativamente à relação entre auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico, no grupo da velhice, verificaram-se correlações significativas com as sub-escalas *Duração crónica* ( $r_s = -.55$ ,  $p < .05$ ), *Consequências negativas* ( $r_s = -.68$ ,  $p < .01$ ), *Controlo positivo* ( $r_s = .59$ ,  $p < .01$ ) e *Controlo negativo* ( $r_s = .72$ ,  $p < .01$ )

#### 4.4. Análise das sub-escalas da auto-percepção do envelhecimento e as dimensões do bem-estar psicológico em função das variáveis sociodemográficas

Para explorar as diferenças dos resultados das sub-escalas da auto-percepção do envelhecimento e das dimensões do bem-estar psicológico, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, recorreu-se ao teste Mann-Whitney, na comparação entre dois grupos, e ao teste Kruskal-Wallis, na comparação entre mais do que dois grupos. Sempre que se verificaram diferenças significativas na aplicação do teste Kruskal-Wallis, realizou-se de seguida comparações múltiplas entre grupos para apurar onde residiria a diferença. As variáveis analisadas foram: estado civil, agregado familiar atual, satisfação com o agregado familiar, apoio de familiares, parentalidade, participação em atividades, relações interpessoais, se tem confidente e crenças e práticas religiosas. De seguida,

apresentam-se os resultados em que se apurou diferenças significativas. Com efeito, as relações entre as variáveis sociodemográficas e as escalas dos instrumentos utilizados que não se mencionem seguidamente, não apresentaram significância estatística.

Quanto ao grau de contacto nas relações familiares, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a dimensão *Autonomia*,  $H(3) = 12.27$ ,  $p < .01$ ), pertencente à *Escala de bem-estar psicológico*. Os participantes que reportaram um contacto frequente obtiveram valores mais elevados na dimensão *Autonomia* ( $Mdn = 22.44$ ) que os que reportaram um contacto ocasional ( $Mdn = 4.83$ ),  $U = -17.608$ ,  $z = -2.74$ ,  $p = .036$ . Deste modo, podemos afirmar que os indivíduos que têm um contacto frequente com os seus familiares parecem ser mais autodeterminados, mais independentes, e mais capazes de avaliar as suas experiências pessoais segundo critérios próprios, que aqueles que têm um contacto ocasional.

Relativamente ao grau de contacto nas relações de amizade, encontram-se diferenças estatisticamente significativas para a sub-escala *Controlo negativo*,  $H(3) = 8.35$ ,  $p < .05$ ), pertencente ao *Questionário de percepção do envelhecimento* e a dimensão *Relações positivas com os outros*,  $H(3) = 14.79$ ,  $p < .01$ ), pertencente à *Escala de bem-estar psicológico*. Os participantes que relataram um contacto muito frequente obtiveram resultados mais elevados na sub-escala *Controlo negativo* ( $Mdn = 28.33$ ) que os participantes que reportaram um contacto frequente ( $Mdn = 15.29$ ),  $U = -13.044$ ,  $z = -2.75$ ,  $p = .035$ . Assim, parece que à medida que a frequência do contacto com os amigos aumenta, a percepção para controlar as experiências negativas relacionados com o envelhecimento também aumenta. Relativamente à dimensão *Relações positivas com os outros*, aqueles que reportaram um contacto muito frequente ( $Mdn = 30.70$ ) apresentam resultados mais elevados que aqueles que revelaram ter um contacto ocasional ( $Mdn = 11.33$ ),  $U = -19.42$ ,  $z = -3.61$ ,  $p = .002$ . Da mesma forma, os que relataram um contacto muito frequente ( $Mdn = 30.75$ ) obtiveram resultados mais elevados que os que revelaram um contacto frequente ( $Mdn = 17.82$ ),  $U = -12.93$ ,  $z = -2.70$ ,  $p = .041$ . Através dos resultados obtidos, podemos concluir que um contacto muito frequente com os amigos levará a uma maior capacidade de estabelecer relacionamentos acolhedores, seguros e íntimos com outras pessoas, do que os que apresentam um contacto ocasional ou frequente.

Por fim, quanto à variável “Tem confidente”, encontraram-se diferenças significativamente significativas para as dimensões *Crescimento pessoal* e *Relações*

*positivas com os outros*, ambas pertencentes à *Escala de bem-estar psicológico*. Os indivíduos que têm um confidente ( $Mdn = 22.50$ ) apresentam valores mais elevados na dimensão *Crescimento pessoal* que os que não têm um confidente ( $Mdn = 14.21$ ),  $U = 80.000$ ,  $z = -2.388$ ,  $p = .017$ . No mesmo sentido, os indivíduos com um confidente ( $Mdn = 24.09$ ) obtiveram resultados mais elevados na dimensão *Relações positivas com os outros* que os que não têm ( $Mdn = 12.87$ ),  $U = 54.500$ ,  $z = -3.237$ ,  $p = .001$ . Desta forma, os indivíduos que têm um confidente beneficiam de um maior interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal e de relações mais satisfatórias com os outros do que aqueles que não têm um confidente.

## Capítulo 5. Discussão dos Resultados

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos no presente estudo, de acordo com os objetivos e hipóteses, descritos no capítulo 2. Em primeiro lugar, a discussão incide nos resultados que dizem respeito à caracterização das percepções do envelhecimento na amostra total e das diferenças entre idade e género; em segundo lugar, caracteriza-se o bem-estar psicológico na amostra total e discutem-se as diferenças entre idade e género; por último, discutem-se as correlações entre a auto-perceção do envelhecimento, bem-estar psicológico, escolaridade, situação económica atual e estado de saúde atual.

### 5.1. Caracterização das percepções do envelhecimento na amostra total

Neste subcapítulo discutem-se os resultados referentes à auto-perceção do envelhecimento. Assim, da análise das escalas do Questionário de Percepções do Envelhecimento (QPE), na amostra total em estudo, conclui-se que as escalas *Consequências positivas*, *Controlo positivo* e *Consequências negativas* apresentam os valores mais elevados e que as escalas *Representações emocionais* e *Duração crónica* apresentam os valores mais baixos. Ao comparar os resultados da amostra estudada no presente estudo com os da amostra de Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, e Conroy (2007), autores do instrumento, encontraram-se algumas diferenças<sup>1</sup>. Podemos afirmar que a amostra estudada parece ter um maior controlo sobre os aspetos negativos do processo de envelhecimento do que a amostra Irlandesa e que os participantes Irlandeses relatam mais consequências negativas associadas a este processo.

Na amostra em estudo, o envelhecimento parece ser conceptualizado como um período composto por aspetos negativos e positivos. Estes resultados vão de encontro à literatura que considera o envelhecimento como um processo dinâmico e contínuo, multidimensional e multidirecional, marcado por ganhos e perdas na interatividade do indivíduo com a sua história, a cultura e o tempo em que se insere (Baltes, 1987). Na amostra estudada, os indivíduos parecem, na generalidade, sentir a sua experiência de

---

<sup>1</sup> Note-se que os participantes desta amostra apresentam valores significativamente mais baixos na sub-escala *Consequências negativas* ( $M = 3.11$ ,  $DP = .74$ ) do que os participantes da amostra de Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, e Conroy (2007) ( $M = 3.4$ ,  $DP = .74$ ),  $t(34) = -2.28$ ,  $p < .05$ . Por outro lado, na sub-escala *Controlo negativo*, a amostra do presente estudo apresentou resultados significativamente mais elevados ( $M = 2.96$ ,  $DP = .53$ ) do que a amostra de Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, e Conroy (2007) ( $M = 2.65$ ,  $DP = .71$ ),  $t(34) = 3.40$ ,  $p < .01$ .

envelhecer como uma maximização de acontecimentos positivos e desejáveis e uma minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis. A percepção do envelhecimento, na amostra, parece ser dominada também pela crença individual sobre a capacidade de gerir a experiência do envelhecimento através de um controlo sobre as experiências positivas. Embora o processo de envelhecimento seja uma etapa da vida normal e não uma doença, provoca mudanças que precisam de ser controladas e adaptadas. Segundo Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, e Conroy (2007), um sentido de controlo sobre as experiências positivas é importante para facilitar uma melhor saúde pessoal na vida adulta tardia. Tendo em conta que o declínio é uma característica inevitável do desenvolvimento, é essencial que o organismo tenha os meios para lidar com as perdas de forma a não prejudicar o futuro desenvolvimento ou debilitar ganhos já alcançados. Desta forma, Schulz e Heckhausen (1996) afirmam que os mecanismos de controlo, direccionados quer ao mundo externo quer ao mundo interno, são fundamentais para se alcançar a experiência de envelhecimento bem-sucedido.

Relativamente às mudanças na saúde, os resultados mostram que as mais experienciadas, na amostra total estudada, foram as alterações nos olhos/visão, os problemas nos ossos/articulações e as dores nas articulações, sendo também aquelas que foram atribuídas ao processo de envelhecimento com mais frequência. Por outro lado, as queixas menos referidas foram os problemas de coração, os problemas respiratórios e a perda de equilíbrio. As queixas que menos foram associadas ao processo de envelhecimento foram a depressão, os problemas de coração, a ansiedade, os problemas em dormir, os problemas respiratórios e a hérnia discal. Estes dados obtidos vão, em parte, ao encontro dos resultados obtidos por Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, e Conroy (2007), visto que estes concluíram que as queixas de saúde mais frequentes eram o abrandar do ritmo e as alterações na visão/olhos e a perda de força, e as menos frequentes eram a depressão. A mudança que foi atribuída com mais frequência ao facto de se estar a envelhecer foi o abrandar do ritmo, as dores nas articulações, a perda de força, e a que teve menos frequência foi a depressão e a ansiedade. Desta forma e de acordo com os dados obtidos podemos confirmar de forma parcial a hipótese 1a e a hipótese 1b.

### **5.1.1. Caracterização das percepções do envelhecimento em função da idade e do género**

Relativamente à idade, não se verificam diferenças significativas, no que diz respeito às sub-escalas que avaliam a percepção do envelhecimento. No entanto, os indicadores de auto-percepção do envelhecimento mostram, neste estudo, que o grupo da meia-idade tem valores tendencialmente mais altos na subescala *Controlo positivo*, o que pode estar ligado a um maior controlo das experiências positivas do processo de envelhecimento. Por outro lado, o grupo da velhice tem valores tendencialmente mais altos na subescala *Consequências negativas*, o que é compreensível porque, ao longo da vida adulta, existe um aumento de perdas sendo a maior percentagem na velhice.

Por outro lado, as escalas relativas às experiências de mudança na saúde revelam diferenças significativas entre os dois grupos de idade. Os adultos mais velhos (grupo da velhice) obtiveram resultados mais elevados na escala referente à experiência de mudanças relacionadas com a saúde e todas as mudanças foram atribuídas ao envelhecimento por alguns participantes. Confirma-se assim os aspetos negativos que caracterizam a velhice como as doenças e as incapacidades. Desta forma, a hipótese 2a é confirmada.

Os resultados sobre a auto-percepção do envelhecimento em função do género demonstraram a não existência de diferenças estatisticamente significativas. Parece, igualmente, existir uma concordância entre os dois géneros na sua percepção do envelhecimento. De acordo com o anteriormente exposto, a hipótese 3a não se confirma.

### **5.2. Caracterização do bem-estar psicológico na amostra total**

Neste subcapítulo discutem-se os resultados referentes ao bem-estar psicológico. Assim, da análise das Escalas de bem-estar psicológico na amostra total do estudo, revela-se que as dimensões *Crescimento pessoal*, *Autonomia* e *Relações positivas* com os outros são as que obtiveram resultados mais elevados e as escalas *Aceitação de si* e *Domínio do meio* foram as que apresentaram resultados mais baixos. Neste sentido, na amostra estudada, a percepção de um desenvolvimento contínuo e a abertura a novas experiências revelam-se importantes na determinação do bem-estar psicológico. Igualmente importante é a capacidade para resistir às pressões sociais, sendo-se assim capaz de avaliar experiências pessoais segundo critérios próprios e possuir relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas. A capacidade para

possuir uma atitude positiva em relação a si mesmo, aceitar múltiplos aspetos da sua personalidade e ter competência em criar contextos adequados para satisfazer necessidades e valores pessoais são os aspetos que caracterizam maiores dificuldades na conquista do bem-estar psicológico.

### **5.2.1. Caracterização do bem-estar psicológico em função da idade e género**

No que diz respeito à idade, o grupo dos adultos da meia-idade revela um maior bem-estar psicológico, apresentando valores mais elevados em todas as dimensões, à exceção da dimensão *Aceitação de si*. Na dimensão *Crescimento pessoal*, encontrou-se diferenças significativas, sendo o grupo da meia-idade aquele que apresenta um maior desenvolvimento contínuo, uma maior abertura a experiências novas e interesse pelo seu enriquecimento pessoal. A variação nesta dimensão é consonante com a literatura (Ryff, 1989b; Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997) e revela que o aumento da idade conduz a uma minimização do investimento do desenvolvimento pessoal. Na dimensão *Autonomia*, o grupo da meia-idade apresenta valores tendencialmente mais altos, demonstrando que estes indivíduos tendem a ser mais confiantes nas suas crenças e experiências pessoais resistindo a pressões sociais, no entanto, esta diferença não é significativa. Nas restantes dimensões não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com a idade. Neste sentido, a hipótese 2b confirma-se e a hipótese 2c não se confirma.

Os resultados do bem-estar psicológico, em função do género, e na amostra estudada, vão de encontro aos diversos trabalhos de Ryff (1989b, 1995; Ryff & Keys 1995), no sentido da superioridade das mulheres. Desta forma, não são concordantes com a tendência dos valores obtidos na amostra estudada em Portugal por Novo, Duarte-Silva e Peralta (1997). Os homens apresentaram valores mais elevados nas escalas *Autonomia* e *Aceitação de si*. Embora não se tenham encontrado diferenças significativas em função do género, as mulheres apresentam valores tendencialmente mais altos na dimensão *Relações positivas com os outros*, atribuindo, assim, mais importância ao estabelecimento de relações calorosas, satisfatórias que implicam laços relacionais significativos. Desta forma, a hipótese 4a não se confirma.

### **5.3. Correlações entre a auto-perceção do envelhecimento e a variáveis escolaridade, situação económica atual e o estado de saúde atual**

Neste sub-capítulo discute-se a análise das associações entre a auto-perceção do envelhecimento e as variáveis escolaridade, situação económica atual e estado de saúde atual.

Com efeito, os resultados revelam que a escala *Consequências positivas* se encontra positivamente associada, de forma estaticamente significativa, com a variável escolaridade. Deste modo, os resultados sugerem que existe uma relação entre estas variáveis, o que nos permite afirmar que uma maior escolaridade está associada a uma perceção positiva do envelhecimento e que este é caracterizado por mais ganhos do que perdas. Visto que níveis superiores de escolaridade têm sido associados a um melhor funcionamento cognitivo (Pedersen, Reynolds & Gatz, 1996 cit. por Franks, Herzog, Holmberg & Markus, 1999), à redução da incapacidade funcional (Maddox & Clark, 1992 cit. por Franks, Herzog, Holmberg & Markus, 1999), a uma melhor saúde (House et al., 1990 cit. por Franks, Herzog, Holmberg & Markus, 1999) e, também, a uma maior perceção de controlo pessoal (Mirowsky, 19995 cit. por Franks, Herzog, Holmberg & Markus, 1999), é de esperar que os indivíduos com maior escolaridade tenham a capacidade de poder fazer frente aos fatores stressantes do envelhecimento e reduzir os efeitos negativos dos mesmos. Neste sentido, a hipótese 3b confirma-se parcialmente.

No que diz respeito à variável situação económica atual, não foram encontradas associações estatisticamente significativas, sugerindo que a situação económica não influencia a forma como os indivíduos percecionam o seu processo de envelhecimento, nesta amostra. Desta forma, a hipótese 3c não se confirma.

Os resultados revelam, ainda, que a sub-escala *Consequências negativas* se encontra negativamente associada ao estado de saúde atual, de forma estatisticamente significativa. Deste modo, quanto melhor o estado de saúde menor são as experiências negativas associadas ao envelhecimento. Estes resultados poderão sugerir que um indivíduo que tenha uma perceção do envelhecimento associada a consequências negativas, como por exemplo, doenças e perda de capacidades será menos propenso à mudança de hábitos de saúde resultando, assim, num fraco estado de saúde. Desta forma, tornar-se-ia numa profecia auto-realizável (Wurm, Warner, Ziegelmann, Wolff, & Schüz, 2013). A sub-escala *Identidade A* está negativamente associada ao estado de saúde atual,



de forma estatisticamente significativa. Esta associação é compreensível, visto que quanto melhor for a saúde do indivíduo menores vão ser as queixas de experiências de mudança relacionadas com a saúde. A variável estado de saúde atual está, também, positivamente associada, de forma estatisticamente significativa com a sub-escala *Controlo positivo*. Deste modo, quanto melhor a saúde do indivíduo maior será o controlo sobre experiências positivas relacionadas com o envelhecimento. Uma perceção de controlo em determinadas circunstâncias está positivamente relacionada com um bom equilíbrio entre eventos negativos. Contudo, a perda de controlo associa-se com sentimentos de desamparo que podem ter um impacto negativo sobre o funcionamento psicológico da pessoa (Fry, 1989 cit. por Caprara 2009). Estudos epistemológicos e correlacionais mostram que a perda de controlo aumenta a vulnerabilidade a infeções bacteriais e virais, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos físicos e acelera a progressão da doença (Schneiderman, McCabe & Baum, 1992 cit. por Caprara 2009; Steptoe & Appels, 1989 cit. por Caprara 2009). Uma forte perceção de controlo é um mecanismo importante para adultos mais velhos lidarem com stressores de saúde e mudanças relacionadas com a velhice (Sargent-Cox, Anstey, & Luszcz, 2012). Neste sentido, a hipótese 3d é parcialmente confirmada.

#### **5.4. Correlações entre o bem-estar psicológico e as variáveis escolaridade, situação económica atual e o estado de saúde atual**

Neste sub-capítulo discute-se a análise das associações entre o bem-estar psicológico e as variáveis escolaridade, situação económica atual e estado de saúde atual.

Relativamente à análise da associação entre as dimensões do bem-estar psicológico e a variável escolaridade, na amostra estudada, surgem, de igual modo, resultados estatisticamente significativos. Os resultados revelam uma associação positiva entre as dimensões *Crescimento pessoal* e *Relações positivas com os outros*. Isto significa que quanto maior a escolaridade do indivíduo maior será a sua perceção de um desenvolvimento contínuo e de relações calorosas. As relações interpessoais constituem os ingredientes essenciais para o bem-estar pessoal, a adaptação psicossocial e a manutenção de um bom estado de saúde durante todo o ciclo de vida (Argyle, 2011; Myers, 1999 cit. por Caprara 2009). Uma melhor educação leva a uma maior probabilidade de trabalho e condições de vida favoráveis, bem como hábitos e comportamentos, numa fase mais tardia da vida (Marmot, Fuhrer, Ettner, Marks, Bumpass & Ryff, 1998). Desta forma, a experiência de auto-realização é facilitada por

melhores condições de acesso a educação. Com efeito, podemos confirmar, parcialmente, a hipótese 4b.

Visto que a variável situação económica atual foi estabelecida numa ordem inversa, ou seja, à medida que se avança (numericamente) na ordem refere-se a que a satisfação com a situação económica diminui, os resultados obtidos revelam associações negativas estatisticamente significativas. Assim, as dimensões *Relações positivas com os outros*, *Objetivos na vida* e a *Aceitação de si* mostram uma associação negativa. Isto mostra que quanto maior a satisfação com a situação económica atual melhor serão as relações com os outros, haverá uma atitude positiva de aceitação dos diversos aspetos do self e da vida passada e mais metas a alcançar e objetivos a atingir. Também o *Bem-estar psicológico global* revela uma associação estatisticamente significativa o que demonstra que a satisfação com a situação económica é essencial na conquista do bem-estar psicológico. Os resultados obtidos vão de encontro à literatura ao revelarem que os indivíduos com um estatuto socioeconómico baixo estão mais propensos a desenvolverem doenças físicas e mentais e um pior bem-estar psicológico (Ryff & Singer, 2006; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley & Marks, 1997). A hipótese 4c confirma-se.

De acordo com os resultados obtidos, na amostra em estudo, a variável estado de saúde atual revela associações estatisticamente positivas com todas as dimensões do bem-estar psicológico, à exceção da dimensão *Crescimento pessoal*. Isto significa que ter uma avaliação positiva de si, ter um propósito de vida, possuir relações calorosas, ter a capacidade de manusear o ambiente à sua volta para satisfazer as suas necessidades e ter um sentido de autodeterminação faz parte do conjunto de características que mantém as pessoas saudáveis, mesmo na presença de desafios. Desta forma, a hipótese 4d, confirma-se.

## **5.5. Correlações entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico**

Neste sub-capítulo discutem-se os resultados relativos à análise da associação entre a auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico.

Relativamente à análise da associação entre o *Bem-estar psicológico global* e as sub-escalas da auto-perceção do envelhecimento, na amostra estudada, surgem resultados estatisticamente significativos. Os resultados revelam associações estatisticamente negativas entre o *BEP global* e as sub-escalas *Duração crónica*, *Duração cíclica*, *Consequências negativas*, *Representações emocionais* e *Identidade B*. Por outro lado, foi

também encontrada uma associação positiva com a escala *Controlo positivo*. Deste modo, de acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que uma visão negativa do processo de envelhecimento, caracterizada por perdas, doenças e incapacidades conduz a um menor bem-estar psicológico. Por outro lado, uma visão mais positiva do envelhecimento, principalmente a perceção de um maior controlo sobre as experiências deste processo, associa-se a um bem-estar psicológico mais elevado. Com efeito, podemos confirmar a hipótese 5a. No entanto, esta associação parece ser mais predominante no grupo da velhice. De acordo com os resultados, o grupo da velhice apresenta associações significativas entre o *BEP global* e as sub-escalas *Duração crónica*, *Consequências negativas*, *Controlo positivo* e *Controlo negativo*. Em contrapartida, no grupo da meia-idade, só se verificou uma associação significativa entre o *BEP global* e a sub-escala *Consequências negativas*.

A hipótese 5b confirma-se já que, por um lado, se encontrou uma associação positiva entre a sub-escala *Consequências positivas* e a dimensão *Crescimento pessoal*, estatisticamente significativa e, por outro lado, os resultados revelaram uma associação negativa, de forma estatisticamente significativa, entre a sub-escala *Consequências negativas* e a dimensão *Crescimento pessoal*. Assim, quanto maior é a crença nas consequência positivas do envelhecimento maior será a perceção pessoal de um contínuo desenvolvimento.

A hipótese 5c é, igualmente, confirmada, já que se encontrou uma associação positiva da dimensão *Domínio do meio* com a sub-escala *Controlo positivo*. Quanto maior for o uso efetivo das capacidades para modificar o contexto em que se vive maior será o controlo sobre as experiências positivas do processo de envelhecimento.

Finalmente, na dimensão *Aceitação de si*, encontrou-se uma associação negativa entre a sub-escala *Duração crónica*, *Duração Cíclica*, *Consequências negativas* e *Representações emocionais*. Desta forma, a hipótese 5d confirma-se. Uma pessoa que detenha uma atitude positiva em relação a si mesma e aceite múltiplos aspetos da sua personalidade, tanto bons como maus, terá menos respostas emocionais negativas em relação ao seu processo de envelhecimento, visto que este será concebido numa perspetiva onde os atributos positivos prevalecem sobre os negativos.

## Conclusão

Nos últimos anos assistiu-se a grandes transformações demográficas que têm contribuído para a alteração da realidade social, económica e cultural, colocando o envelhecimento no centro das atenções de diferentes áreas científicas.

O envelhecimento, segundo o modelo biológico, consiste num processo de declínio e deterioração associado a doenças e a diversos tipos de incapacidades que conduzem à diminuição da autonomia por parte do indivíduo. No entanto, nas últimas décadas, tem-se vindo a afirmar uma visão mais otimista do envelhecimento, suportada por uma série de investigações que têm em conta o potencial, os recursos e as experiências positivas associadas à idade. De facto, passou a ser reconhecida a enorme variabilidade das diferenças individuais quanto ao modo de envelhecer e a extraordinária flexibilidade e plasticidade do ser humano. Contudo, e apesar do declínio já não ser considerado tão inevitável e precoce, o preconceito face aos idosos continua enraizado na sociedade. O sentimento de inferioridade, de desvalorização e de insegurança domina os adultos mais velhos quando se chocam com a incompreensão, a indiferença ou a hostilidade dos restantes membros da sociedade. Os velhos são vistos como incapacitados, frágeis, inúteis e estes estereótipos embutidos na cultura impedem o reconhecimento da expressão das capacidades dos idosos e o desenvolvimento das suas potencialidades. Com efeito, o envelhecimento está muitas vezes associado a uma perspetiva negativa e chega a ser, por isso, receado por muitos.

A velhice não será certamente uma fase maravilhosa da vida, pois envolve um aumento progressivo de perdas e a consciência de que a finitude pessoal é uma realidade próxima, todavia tal não implica que o idoso esteja incapacitado de manter a dignidade e de participar na vida social. O bem-estar psicológico é possível na fase mais tardia da vida (Novo, 2000).

Na literatura tem-se assistido a uma atenção crescente à relação entre as experiências subjetivas do envelhecimento e os diversos aspetos psicológicos, biológicos e sociais, bem como à relação destes entre si. O presente trabalho teve assim como foco o estudo da relação entre a auto-perceção do envelhecimento o bem-estar psicológico, numa amostra de adultos com 40 ou mais anos, pertencentes à população normal e em contexto não institucional, assumindo como objetivos específicos: (1) analisar a auto-

percepção e o bem-estar psicológico; (2) analisar as diferenças na auto-percepção do envelhecimento e no bem-estar psicológico em função dos dois grupos de idade; (3) avaliar a influência de variáveis sociodemográficas na auto-percepção do envelhecimento e no bem-estar psicológico; e (4) explorar a relação entre a auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico.

Os resultados permitiram verificar que a auto-percepção do envelhecimento em adultos da meia-idade e adultos mais velhos se associa com o bem-estar psicológico, sendo esta associação mais preponderante nos idosos. Desta forma, uma percepção do processo de envelhecimento mais positiva relaciona-se com um bem-estar mais elevado. Com efeito, pode-se afirmar que vamos envelhecer, sentindo-nos melhor ou pior, em parte, de acordo com o que consideramos ser a velhice.

Os participantes, neste estudo, apresentaram uma perspetiva positiva de envelhecimento pessoal e um senso positivo de bem-estar psicológico. Embora reconheçam a crescente vulnerabilidade biológica da velhice, acreditam que consequências positivas podem advir deste processo.

É legítimo supor que algumas características do envelhecimento se expressem de modo diferente, dependendo do contexto cultural e das expectativas validadas socialmente para cada género e para cada grupo de idade. Deste modo, relativamente à auto-percepção do envelhecimento, constatou-se existirem diferenças significativas entre os dois grupos de idade no que diz respeito às mudanças na saúde experienciadas. Os adultos mais velhos apresentaram um maior número e diversidade de queixas, muitas delas associadas ao processo de senescência mas também decorrentes de um estilo de vida mais sedentário, associado a pouco exercício físico. Esta diferença pode ser justificada se considerarmos a idade como um fator de variabilidade da percepção e avaliação das mudanças no processo de envelhecimento. No que diz respeito ao género, não foram encontradas diferenças existindo, assim, uma concordância entre os dois géneros na sua percepção do envelhecimento. Ao nível das variáveis sociodemográficas verificou-se que certas variáveis (escolaridade, saúde atual e grau de contacto das relações de amizade) afetam a percepção do envelhecimento.

No que diz respeito ao bem-estar psicológico, revelaram-se diferenças significativas em função da idade. Nos adultos da meia-idade parece existir um maior desenvolvimento contínuo, uma maior abertura a experiências novas e interesse pelo seu

enriquecimento pessoal. Com a diminuição progressiva do crescimento pessoal, ao longo da vida, é importante enfatizar desafios sociais para promover oportunidades aos indivíduos mais velhos para poderem continuar a apostar no seu desenvolvimento. Constatou-se, também, que algumas variáveis sociodemográficas (escolaridade, satisfação com a situação económica, saúde atual, grau de contacto nas relações familiares e de amizade e de ter confidente) refletem diferenças quanto ao nível de bem-estar psicológico. Relativamente ao género, não foram encontradas diferenças significativas.

Encontrar um caminho para envelhecer com êxito consiste, desta forma, numa tarefa de natureza eminentemente individual, devendo a sociedade proporcionar a cada indivíduo os recursos necessários que lhe permitam concretizar a sua expressão pessoal de envelhecimento (Fonseca, 2004). Consequentemente, a velhice e a longevidade não deveriam ser vistas como um problema mas sim como uma oportunidade e um desafio. Não deveríamos falar apenas das perdas, dos problemas e dos défices do envelhecimento e da velhice. Temos de falar sobre os potenciais da velhice e também das competências e potenciais dos idosos (Fernández-Ballesteros, 2008).

O presente estudo denota algumas limitações, nomeadamente no que respeita à dimensão e características da amostra estudada. O número reduzido de participantes não permite extrair conclusões para a população idosa em geral. O facto de a amostra ser maioritariamente feminina, apresenta-se também como uma limitação, muito embora se conheça a maior longevidade nas mulheres e a sua sobrerrepresentação nas idades mais avançadas. Há ainda a referir que, uma vez que os instrumentos de medida utilizados não foram aplicados, na sua maioria, na presença da investigadora, a plena compreensão do conteúdo dos itens poderia ter sido deficitária, tendo as eventuais dúvidas permanecido sem serem esclarecidas.

Assim, para futuras investigações, adverte-se para a necessidade de uma amostra maior e homogénea, que permita extrair conclusões globais, e um maior controlo na aplicação dos instrumentos, de modo a esclarecer possíveis dúvidas. Seria também pertinente a realização de um estudo longitudinal que avalie o percurso desenvolvimental do indivíduo, de forma a alargar a compreensão sobre a relação das variáveis em estudo e as mudanças de adulto de meia-idade para adulto mais velho.

Apesar das limitações indicadas, o presente estudo poderá contribuir, de alguma forma, para a compreensão do processo de envelhecimento.

## Referências Bibliográficas

Allport, W. (1966). *Personalidade: Padrões e desenvolvimento*. São Paulo: Herder.

Baltes, P., & Schaie, W. (1977). Aging and IQ: The myth of the twilight years. In J. Barry & R. Wingrove (Eds.), *Let's learn about aging: a book of readings* (pp. 121-128). Cambridge: Schenkman.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. doi:10.1037/0012-1649.23.5.611

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Caprara, M. (2009). La promoción del envejecimiento activo. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada* (pp.337-361). Madrid: Ediciones Pirámide.

Chasteen, A. L. (2000). The Role of Age and Age-Related Attitudes in Perceptions of Elderly Individuals. *Basic & Applied Social Psychology*, 22(3), 147-156. doi:10.1207/S15324834BASP2203\_3

Demakakos, P., Gjonca, E., & Nazroo, J. (2007). Age identity, age perceptions, and health: Evidence from the English longitudinal study of ageing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, (1114), 279-287. doi: 10.1196/annals.1396.021

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi:10.1037/0003-066X.55.1.34

Erikson, E., Erikson, J. & Kivnick, H. (1989). *Vital involvement in old age*. New York : W. W. Norton & Company.

Fagulha, T. (2005). A meia-idade da mulher. *Psicologia*, 19,13-17. Retirado de: <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492005000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492005000100001&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0874-2049.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., G., & García, L., F. (2004) Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimédia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-84.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: the contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.

Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. In A. Fonseca & C. Paúl (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi.

Franks, M., Herzog, A., Homberg, D., & Markus, H. (1999). Educational attainment and self-making in later life. In C. Ryff & V. Marshall (Eds), *The self and society in aging processes* (pp.223-246). New York: Springer Publishing Company.

Heckhausen, J., Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25(1), 109-121. doi:10.1037/0012-1649.25.1.109

INE. (2012). *Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Kenyon, G. (1988). Basic assumptions in theories of human aging. In J. Birren & V. Bengston, (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 3-18). New York: Springer.

Kotter-Grün, D., & Hess, T. (2012). The impact of age stereotypes on Self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journal of Gerontology Series: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by



positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. doi:10.1037/0022-3514.83.2.261

Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (2000). Life span psychology theory. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology*, Vol. 5 (pp. 52-57). Washington, DC New York, NY USUS: American Psychological Association. doi:10.1037/10520-021

Machado, W., & Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de psicologia, Campinas*, 29(4), 587-595.

Marcoen, A., Coleman, P., & O'Hanlon, A. (2008). The ageing world. In J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohli, & G. Westerhof (Eds.) *Ageing in society* (pp. 1-14). London: SAGE.

Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44(6), 901-910.

Marmot, M. G., Fuhrer, R., Ettner, S. L., Marks, N. F., Bumpass, L. L., & Ryff, C. D. (1998). Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *Milbank Quarterly*, 76(3), 403-448. doi:10.1111/1468-0009.00097

Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Haper & Row.

Montepare, J. M., & Lachman, M. E. (1989). 'You're only as old as you feel': Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4(1), 73-78. doi:10.1037/0882-7974.4.1.73

Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging*. Chicago: The University Chicago Press.

Novo, R. F., Duarte-Silva, E. & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L.S. Almeida & M. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica: formas e contextos* (vol. V, pp. 313-324). Braga: APPORT/SHO.

Novo, R. F. (2000). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Novo, R. (2005). Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20(2), 183-203.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In A. Fonseca & C. Paúl (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. doi:10.1037/0882-7974.15.2.187

Rogers, C. R. (1962). Toward becoming a fully functioning person. In A. W. Combs (Ed.), *Perceiving, behaving and becoming: A new focus for education* (pp. 21-33). Washington, DC: Association for supervision and curriculum Development.

Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55.

Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57(6), 1069-1081.

Ryff, C. D. (1989c). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-210. doi:10.1037/0882-7974.4.2.195

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.

Ryff, C. D., & Keyes, C. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719

- Ryff, C. D., & Essex, M. J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation. *Psychology and Aging*, 7(4), 507-517. doi:10.1037/0882-7974.7.4.507
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559. doi:10.1037/0022-3514.73.3.549
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714. doi:10.1037/0003-066X.51.7.702
- Silva, L., Farias, L., Oliveira, T. & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia* 15(3), 119-140.
- Stewart, A., Ostrove, J., Helson, R. (2001). Middle aging in women: Patterns of personality change from the 30s to the 50s. *Journal of adult development*, 8(1), 23-37.
- Terra, N. (2003). Intervenções antienvelhecimento. In N. Terra & B. Dorenelles (Eds.), *Envelhecimento bem-sucedido* (pp.77-90). 2ª Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- UNFPA (2011). *Relatório sobre a situação da população mundial 2011*. Nova Iorque: Divisão de Informação e Relações Externas do UNFPA.
- Vitola, J., & Argimon, I. (2003). Aspectos psicológicos do envelhecimento. In N. Terra & B. Dorenelles (Eds.), *Envelhecimento bem-sucedido* (pp.97-102). 2ª Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Ward, R., A. (2013). Change in perceived age in middle and later life. *Aging and human development*, 76(3), 251-267.
- Westerhof, G., & Tulle, E. (2008). Meanings of ageing and old age: Discursive contexts, social attitudes and personal identities. In J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohli & G. Westerhof (Eds), *Ageing in Society* (pp.235-254). London: SAGE.

World Health Organization WHO (2001). *Indicators for the minimum data set project on ageing: A critical review in sub-Saharan Africa*. Dar es Salaam MDS Meeting.

World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. Switzerland.

Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K., & Schüz, B. (2013). How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy?. *Psychology And Aging*, 28(4). doi:10.1037/a0032845

Zimmerman, G., I. (2007). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

## **Anexos**

**Anexo 1**  
**Questionário Sociodemográfico**

## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

**Data de aplicação:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. Idade Cronológica:** \_\_\_\_\_

**2. Nacionalidade:**

\_\_\_\_\_

**3. Naturalidade:**

\_\_\_\_\_

**4. Área de residência:**

\_\_\_\_\_

**5. Sexo:** F ☐

M ☐

**6. Escolaridade:**

Ausência de escolaridade ☐

Ensino básico incompleto ☐

Ensino básico completo ☐

Ensino Secundário incompleto ☐

Ensino Secundário completo ☐

Curso médio ☐

Curso Superior ☐

Outro ☐ Qual \_\_\_\_\_.

**7. Actividade Profissional** (se é reformado (a), indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma)

Actividade Profissional: \_\_\_\_\_.

Reformado (a): **Sim** ☐ **Não** ☐

Se **Sim**, há quantos anos? \_\_\_\_\_.

Profissão anterior: \_\_\_\_\_.

**8. Estado Civil:**

Solteiro (a) ☐

Casado ou vivendo como tal ☐

Viúvo (a) ☐ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Divorciado ou separado (a) ☐

**9. Agregado familiar actual:**

Vive só ☐

Vive com o cônjuge ☐

Vive com o cônjuge e filho(s) ☐

Vive com o (s) filho(s) ☐

Vive com o cônjuge e terceiros ☐

Vive com terceiros ☐

Vive numa instituição ☐

Outro ☐ Qual \_\_\_\_\_.

**10. Está satisfeito (a) com essa situação?**

**Sim** ☐ **Não** ☐



**11. Tem o apoio de familiares?**

**Sim** ☐

**Não** ☐

**12. Parentalidade:**

Tem filhos?

**Sim** ☐

**Não** ☐

Se **Sim**, quantos? \_\_\_\_\_.

**13. Situação económica:**

Muito satisfatória ☐

Satisfatória ☐

Pouco satisfatória ☐

Nada satisfatória ☐

**14. Participação em actividades:**

Centradas na vida doméstica/familiar ☐

Frequenta centro de dia ☐

Frequenta universidade da terceira idade ☐

Frequenta grupos recreativos na igreja ☐

Centradas nos amigos (as) ☐

Outro ☐

Qual \_\_\_\_\_.

## 16. Relações Interpessoais:

### - Relações familiares (grau de contacto):

Muito frequente ☐

Frequente ☐

Ocasional ☐

Inexistente ☐

### - Relações familiares (qualidade):

Muito satisfatórias ☐

Satisfatórias ☐

Pouco satisfatórias ☐

Nada satisfatórias ☐

### - Relações de amizade (grau de contacto):

Muito frequente ☐

Frequente ☐

Ocasional ☐

Inexistente ☐

### - Relações de amizade (qualidade):

Muito satisfatórias ☐

Satisfatórias ☐

Pouco satisfatórias ☐

Nada satisfatórias ☐

**17. Tem um confidente?**

Sim ☐

Não ☐

**18. Crenças e práticas religiosas:**

Sem crença religiosa ☐

Com crença religiosa e sem práticas religiosas ☐

Com crença e práticas religiosas “privadas” (por exemplo: orações, leitura) ☐

Com crença e práticas religiosas “públicas” (por exemplo: celebrações, missas, festejos) ☐

Com crença e práticas religiosas “públicas” e “privadas” ☐

**19. Avaliação do estado geral de saúde:**

**19.1. Neste último mês, como classifica o seu estado geral de saúde?**

Muito bom ☐

Bom ☐

Razoável ☐

Fraco ☐

Mau ☐

**19.2. Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparada com há um ano?**

Muito melhor ☐

Melhor ☐

Idêntica ☐

Pior ☐

Não sabe ☐

**19.3. Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparando com pessoas da sua idade e sexo?**

Muito melhor ☐

Melhor ☐

Idêntica ☐

Pior ☐

Não sabe ☐

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**